ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไปกรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๕ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จำนวน ๖ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นายเตชทัต หอมบุปผา	สาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย (นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดสุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย
๒.	นายบุญสืบ เปรมศรี	สาธารณสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม (นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดสุโขทัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม
๓.	นางสุชีรา อรัญทิมา	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย กลุ่มงานการพยาบาล
๔.	นางสาววิรัชฎา ดาดาษ	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย กลุ่มงานการพยาบาล

/ลำดับที่...

ลำดับที่ ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๕. นางสาวศุภหทัย โตเพชร	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โรงพยาบาลสวรรคโลก กลุ่มงานการพยาบาล
๖. นางสาวเจียมใจ ทรัพย์เกิด	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โรงพยาบาลศรีนคร กลุ่มงานการพยาบาล

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๕

(นายปองพล วรปาณิ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		<u>จังหวัดสุโขทัย</u> <u>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย</u> <u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สำ</u>		<u>จังหวัดสุโขทัย</u> <u>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย</u>		
๑	นายเตชทัต หอมบุปผา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๙๔๔๖๔	สาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	๙๕๒๘๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “**ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย**” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “**การพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว**” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					๑๐๐ %
		<u>จังหวัดสุโขทัย</u> <u>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกงไกรลาศ</u> <u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</u> <u>บ้านท่าฉนวน</u>		<u>จังหวัดสุโขทัย</u> <u>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม</u>		
๒	นายบุญสืบ เปรมศรี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๙๔๔๔๑	สาธารณสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	๙๔๕๖๕	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “**การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน จังหวัดสุโขทัย**” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “**การพัฒนารูปแบบการกำกับติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย**” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					๑๐๐ %

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย</u> <u>โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย</u> <u>กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด</u>		<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย</u> <u>โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u>		
๓	นางสุชีรา อรัญทิมา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๙๓๗๘๕	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๙๓๗๘๐	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “**ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย**” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “**การควบคุมป้องกันนักดื่มวัยรุ่นหน้าใหม่เชิงรุก โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ**” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					๙๐ %
		<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย</u> <u>โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย</u> <u>งานการพยาบาลผู้ป่วยใน</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u>		<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย</u> <u>โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u>		
๔	น.ส.วิรัชฎา ดาดาษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๙๔๐๓๑	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๙๓๙๘๖	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “**ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย**” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “**รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย**” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					๙๐ %

ลำดับที่	ชื่อ – สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
		<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย</u> <u>โรงพยาบาลศรีนคร</u> <u>งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u>		<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย</u> <u>โรงพยาบาลศรีนคร</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u>		
๕	น.ส.เจียมใจ ทรัพย์เกิด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๙๔๒๐๙	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๙๔๒๑๐	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “**ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย**” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “**แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย**” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					๑๐๐ %
		<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย</u> <u>โรงพยาบาลสวรรคโลก</u> <u>งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u>		<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย</u> <u>โรงพยาบาลสวรรคโลก</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u>		
๖	น.ส.ศุภหทัย โตเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๙๔๑๔๑	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)	๙๔๑๒๒	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน “**ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลก**” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “**การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลก**” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “**แนบท้ายประกาศ**”					๑๐๐ %

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. ชื่อผลงาน ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑) แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครประจำครอบครัว

๒) แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

๓) แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

๔) แนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัว

๕) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No. ๔๐/๒๐๒๑ เอกสารรับรองเลขที่ IRB No. ๔๕/๒๐๒๑ ลงวันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๔ วิธีทบทวนแบบยกเว้น (Exemption review) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

ประชากร คือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน ๓,๕๔๒ คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณการค่าเฉลี่ยประชากรได้ ๓๗๐ คน ใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling technique)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ๖ ส่วน ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง ๐.๖๗-๑.๐๐และค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-๒๑ ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เท่ากับ ๐.๗๐, ระดับความรู้ ลักษณะคำถามเป็นปลายปิด โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom, เจตคติ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง ๐.๖๗-๑.๐๐ ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ ๐.๘๘, การรับรู้บทบาท โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง ๐.๖๗-๑.๐๐ (และค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ ๐.๙๓, แรงสนับสนุนทางสังคม แปลความหมายคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น ๓ ระดับ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง ๐.๖๗-๑.๐๐ และค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ ๐.๙๔ , และ การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ๕ ระดับ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง ๐.๖๗-๑.๐๐ และค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ ๐.๙๙

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ดังนี้ ๑) การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ๒) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น จำนวน ๕ ข้อ (Hair, Black, Babin & Anderson, ๒๐๑๒) พบว่า ตัวแปรตามมีระดับการวัดแบบอันตรภาค มีความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกันและมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ลักษณะการกระจายของตัวแปรตามเหมือนกันทุกค่าของตัวแปรทำนาย (Homoscedasticity) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง ตัวแปรไม่มีความคลาดเคลื่อนในการวัด (Measurement error) และตัวแปรทั้งหมดมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่ำหรือไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) และ ๓) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมุติฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ เจตคติ และการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้บทบาทและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวสูงที่สุดคือ เจตคติ (Beta = ๐.๑๖๗) แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = ๐.๑๗๑) และการรับรู้บทบาท (Beta = ๐.๑๒๒) ตามลำดับ ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง ๓ ตัวร่วมพยากรณ์การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวได้ ร้อยละ ๑๑.๕ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างเจตคติ สร้างการรับรู้บทบาท และให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่อาสาสมัครประจำครอบครัว

๕. ผลสำเร็จของงาน

๑. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๘๓.๕ อายุเฉลี่ย ๔๘.๖๕ ปี ต่ำสุด ๒๑ ปี และสูงสุด ๗๐ ปี สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ ๗๐.๕ รองลงมาคือ โสด ร้อยละ ๑๔.๓ และน้อยที่สุดคือ หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ ๔.๙ มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ ๔๒.๒ รองลงมาคือ มัธยมปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ร้อยละ ๒๔.๓ และน้อยที่สุดคือ ปริญญาตรี ร้อยละ ๔.๖ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ ๖๓.๒ รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ ๒๒.๗ และน้อยที่สุดคือ พนักงานของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ/นักการเมืองท้องถิ่น ร้อยละ ๒.๔ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ๕,๖๕๘.๗๘ บาท ต่ำสุด ๒,๐๐๐ บาท และสูงสุด ๓๐,๐๐๐ บาท มีบทบาทในครอบครัวเป็นสมาชิกครอบครัว ร้อยละ ๖๒.๒ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ๔ คนมากที่สุด ร้อยละ ๓๐.๓ รองลงมาคือ ๓ คน ร้อยละ ๒๓.๘ และน้อยที่สุดคือ ๙ คน ร้อยละ ๐.๓ และ ๑๐ คน ร้อยละ ๐.๓ มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัวเฉลี่ย ๓.๕๖ ปี ต่ำสุด ๑ ปี และสูงสุด ๖ ปี และมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ร้อยละ ๗๐.๘

๒. ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เจตคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง

๓. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ ๑ คือ เจตคติ โดยมีผลทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ ๖.๙ (R๒ = ๐.๐๖๙) โดยเมื่อคะแนนเจตคติเพิ่มขึ้น ๑ คะแนน คะแนนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มขึ้น ๐.๕๕๒ คะแนน (b = ๐.๕๕๒) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ ๒ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีผลทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๓.๕ เป็นร้อยละ ๑๐.๔ (R๒ Change = ๐.๐๓๕, R๒= ๐.๑๐๔) โดยเมื่อคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น ๑ คะแนน คะแนนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มขึ้น ๐.๔๕๐ คะแนน (b = ๐.๔๕๐) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ ๓ คือ การรับรู้บทบาท โดยมีผลทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑.๑ เป็นร้อยละ ๑๑.๕ (R๒ Change = ๐.๐๑๑, R๒ = ๐.๑๑๕) โดยเมื่อคะแนนการรับรู้บทบาทเพิ่มขึ้น ๑ คะแนน คะแนนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มขึ้น ๐.๔๕๖ คะแนน (b = ๐.๔๕๖) ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง ๓ ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวได้ ร้อยละ ๑๑.๕ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ความรู้ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว และการมีตำแหน่งอื่นในชุมชน ไม่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

๖. การนำไปใช้ประโยชน์

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้แก่อาสาสมัครประจำครอบครัวเพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในระดับสูง

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและการรับรู้บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้แก่อาสาสมัครประจำครอบครัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทั้งนี้ เพื่อให้อาสาสมัครประจำครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้แก่อาสาสมัครประจำครอบครัวอย่างเพียงพอและเหมาะสมต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทั้งนี้ เพื่อให้อาสาสมัครประจำครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ดีอย่างต่อเนื่อง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การเก็บรวมรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมาจากการใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling technique) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ ๒๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัวอย่างน้อย ๖ เดือนขึ้นไป และยินดีให้ข้อมูล ซึ่งมีเกณฑ์การคัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย ทำให้ยากต่อการค้นหากลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในระหว่างวันที่ ๑ กันยายน

๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ ซึ่งเป็นช่วงของการแพร่ระบาดของ COVID-๑๙ ต้องปฏิบัติตามมาตรการการควบคุมป้องกันโรคอย่างเคร่งครัดทให้มีความยุ่งยากในการเก็บข้อมูลยากยิ่งขึ้น

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-๑๙ ทำให้เก็บรวบรวมข้อมูลมีความยากยิ่งขึ้น

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) หรือการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research) เพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวที่อาจนอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้

๒. ควรพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว โดยให้แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพียงพอ และเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครประจำครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๓. ควรพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว โดยทบทวนความรู้และเพิ่มพูนทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวเพื่อให้นำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้ดียิ่งขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ใน วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ ปีที่ ๓๒ ฉบับที่ ๑ ประจำเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - มกราคม ๒๕๖๕ หน้าที่ ๓๐ - ๔๐

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นายเตชทัต หอมบุปผา สัดส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการประเมิน

(นายเตชทัต หอมบุปผา)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาราชการแทน

สาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๕

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายเตชทัต หอมบุปผา	

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นายสมพงค์ ชมชัย)

นายอำเภอศรีสัชนาลัย

วันที่ ๑๙ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ลงชื่อ.....

(นายปองพล วรปาณิ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

วันที่ ๑๒ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

๒. หลักการและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงานสร้างเครือข่ายสู่ครัวเรือนโดยการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้คนไทยได้เรียนรู้ที่จะดูแลตัวเองในเบื้องต้นทั้งการป้องกันโรคในทุกกลุ่มวัยและส่งต่อไปยังชุมชนรอบข้างด้วยการมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยการให้นำบุตรหลาน ญาติ สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลมาเข้ารับการอบรมหรือเรียนรู้ร่วมกับญาติที่ป่วยว่าควรจะดูแลอย่างไร และจะทำอย่างไรให้คนในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรง สนับสนุนการดำเนินงานโดยชุมชนและเชื่อมโยงต่อยอดการดูแลสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าไปในครัวเรือน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยมีเป้าหมายว่าหนึ่งครอบครัวจำเป็นต้องมีอาสาสมัครประจำครอบครัวอย่างน้อยหนึ่งคนที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ ซึ่งจะทำให้ครอบครัวได้รับการถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอทำให้เกิดทักษะทั้งในระดับบุคคลและครอบครัวในการวิเคราะห์ จัดการความเสี่ยง ภัยสุขภาพ และดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ด้อยโอกาส ตลอดจนการจัดการสุขภาพทุกกลุ่มวัยตามแต่สมาชิกที่มีในครอบครัวตนเอง รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาของชุมชนเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับครอบครัวที่จะเชื่อมต่อและช่วยเสริมการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เป็นอย่างดี มีความยืดหยุ่นมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระเบียบกฎเกณฑ์ บทบาทหน้าที่ และสวัสดิการไว้อย่างชัดเจน เริ่มดำเนินการครั้งแรกตั้งแต่เดือนมิถุนายน ๒๕๕๙ เป็นต้นมา (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, ๒๕๕๙)

เป้าหมายจำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ๔,๐๐๐,๐๐๐ คนทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ๕๐,๐๐๐ คน, ๔๗๐,๗๕๑ คน และ ๕๐๐,๐๐๐ คน ตามลำดับ และในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้นปีละ ๑,๐๐๐,๐๐๐ คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, ๒๕๖๐) ส่วนจังหวัดสุโขทัยมีเป้าหมายจำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔ จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ๔๓๐ คน ๖,๖๔๕ คน ๖,๖๔๙ คน ๕,๑๒๕ คน ๕,๑๒๕ คน และ ๖,๐๖๒ คน ตามลำดับ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๖๐) ในปี ๒๕๖๔ จังหวัดสุโขทัยมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน ๑๐๙,๘๖๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๖ ของจำนวนประชากรทั้งจังหวัดสุโขทัย โดยอำเภอเมืองสุโขทัยมีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ ๑๗.๐ รองลงมาคือ อำเภอศรีสัชนาลัย ร้อยละ ๑๖.๐ และน้อยที่สุดคือ อำเภอศรีนคร ร้อยละ ๔.๕ ซึ่งผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) จำนวน ๗๖,๑๑๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๒๘ พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ ๙๗.๕ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ ๑.๙๙ และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดเตียง ร้อยละ ๐.๕ โดยอำเภอที่คัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันมากที่สุดคือ อำเภอบ้านด่านลานหอย ร้อยละ ๙๑.๙ รองลงมาคือ อำเภอศรีสัชนาลัย ร้อยละ ๘๖.๗ และอำเภอศรีนคร ร้อยละ ๘๒.๓ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, ๒๕๖๔) ซึ่งได้รับการดูแลจากอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ผ่านการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง (Long Term Care: LTC) จำนวน ๑๕,๓๓๑ คน โดยอำเภอเมืองสุโขทัยมีอาสาสมัครประจำครอบครัวที่ผ่านการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียงมากที่สุด ร้อยละ ๒๖.๓ รองลงมาคือ อำเภอศรีสัชนาลัย ร้อยละ ๒๔.๔ และน้อยที่สุดคือ อำเภอศรีนคร ร้อยละ ๑.๖ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๖๐) ประกอบกับรายงานผลการ

ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน ๒๓๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๓ ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครประจำครอบครัว ร้อยละ ๑๐๐.๐ และผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นและเปลี่ยนมาเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ ๒.๑ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย, ๒๕๖๓)

การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวเป็นการใช้ความรู้ความสามารถในการกระทำหรือการดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๕๙) ได้แก่ ๑) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วยการจัดท่าของส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับและข้อติด การจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่านั่งบ่อย ๆ การบริหารข้อต่าง ๆ การเคลื่อนไหวข้อส่วนแขน การเคลื่อนไหวข้อส่วนขา และการขับเสมหะออกจากปอดและหลอดลม ๒) การดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัติประจำวัน ประกอบด้วยการทำความสะอาด การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การรับประทานยา การสื่อสาร การดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ และความทรงจำ การนอน การขับถ่าย การทำกายภาพบำบัด การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม การดูแลผู้สูงอายุใส่สายยางหรือท่อให้อาหาร การดูแลผู้สูงอายุที่มีเครื่องช่วยหายใจ และการดูแลผู้สูงอายุใส่สายสวนปัสสาวะ ๓) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ อารมณ์ของผู้สูงอายุ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และ ๔) การใช้ยาในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยหลักการใช้ยาเบื้องต้น ประเภทของยา ข้อแนะนำในการใช้ยาในวัยสูงอายุ และข้อควรระวังในการใช้ยาในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ อาสาสมัครประจำครอบครัวยังไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้อย่างเต็มความสามารถเนื่องจากไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมาก่อนจึงขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงถึงแม้จะผ่านการฝึกอบรมมาแล้วก็ตาม (วิเชษฐ์ เชิดสันเทียะ, ปาหนัน พิชยภิญโญ และสุนีย์ ละกำปั่น, ๒๕๖๔) อย่างไรก็ตาม ยังมีผลการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครประจำครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ยุทธนา แยบคาย และวัลยา ตูพานิช, ๒๕๖๔) และผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ยุทธนา แยบคาย และมุจลินท์ แปงศิริ, ๒๕๖๔) นอกจากนี้ ผลการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านอารมณ์/ความรู้สึก ด้านการประเมินคุณค่า ด้านทรัพยากร ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย (เตชทัต หอมบุปผา, ๒๕๖๕) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุทธนา แยบคาย และมุจลินท์ แปงศิริ (๒๕๖๔) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว

ดังนั้น การพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว โดยให้แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพียงพอ และเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครประจำครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องจึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งและมีความรู้สึกมั่นคงในชีวิตมากขึ้นที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านการแพทย์และการบริการทางด้านสังคมที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ การพัฒนาระบบควรต้องมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและคุณค่าของสังคมไทย การบริการควรเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแล ขณะที่รัฐมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนให้ความรู้ และเป็นตัวแทนดูแลกำกับคุณภาพของบริการและการดูแล โดยมีระบบที่รองรับสำหรับผู้ที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้เป็นบริการสุขภาพและสังคมที่มีทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวันมุ่งเน้นด้านการฟื้นฟูบำบัดรวมถึงการ

ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, ๒๕๕๑)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑) บทวิเคราะห์

จากผลการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย (เตชทัต หอมบุปผา, ๒๕๖๕) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง เจตคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิง และการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิง และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของยุทธนา แยบคาย และวัลยา ตูพานิช (๒๕๖๔) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครประจำครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยด้านเจตคติที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิง แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้บทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย สอดคล้องกับการศึกษาของยุทธนา แยบคาย และมุจลินท์ แปงศิริ (๒๕๖๔) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว ทั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไปให้พัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวโดยให้แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพียงพอ และเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครประจำครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำครอบครัว (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙) โดยให้การสนับสนุน ๓ ด้านคือ ด้านแหล่งวิชาการและสิ่งสนับสนุน ได้แก่ ๑) แนวทาง หลักสูตร คู่มือ สื่อความรู้ แอปพลิเคชัน และสมุดบันทึกประจำครอบครัว ๒) ระบบเครือข่ายสื่อสาร ๓) กรมวิชาการต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและที่เกี่ยวข้องด้วยการบูรณาการ โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นแกนหลัก และ ๔) ข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ด้านการบริหารจัดการ ใช้นโยบายการบูรณาการกับทุกภาคส่วนโดยมีหน่วยงานรับผิดชอบ ได้แก่ ๑) นโยบายและกำกับติดตามโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงอื่น ๆ ๒) พัฒนาระบบคุณภาพมาตรฐานอาสาสมัครประจำครอบครัวโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นเจ้าภาพหลัก และ ๓) บริหารจัดการโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และกระทรวงอื่น ๆ และด้านงบประมาณ ได้แก่ ๑) งบประมาณการฝึกอบรม หน่วยงาน องค์กร หน่วยบริการสุขภาพที่จัดการฝึกอบรมเป็นผู้จัดการงบประมาณเอง โดยพิจารณาจากฐานทุนเดิมที่ได้ดำเนินการถ่ายทอดความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายตามคุณสมบัติที่กำหนดในงานประจำอยู่แล้ว และงบประมาณจากแหล่งอื่น ๆ ในพื้นที่ ๒) งบดำเนินงานภายหลังการฝึกอบรม งบสนับสนุนกิจกรรมของอาสาสมัครประจำครอบครัวที่จะดำเนินงานภายหลังจบการฝึกอบรมและได้รับการแต่งตั้งเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว สามารถจัดทำแผนงาน โครงการ ขอรับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหรือกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ งบนิเทศ ติดตามสนับสนุนกิจกรรม และเพิ่มพูนความรู้ทักษะความสามารถของอาสาสมัครประจำครอบครัวภายหลังการฝึกอบรม หน่วยงานผู้รับผิดชอบพื้นที่ควรจัดตั้งไว้ และ ๓) แหล่งงบประมาณ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงต่าง ๆ ที่มีอาสาสมัครในหมู่บ้าน/ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น จึงควรพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวโดยให้แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

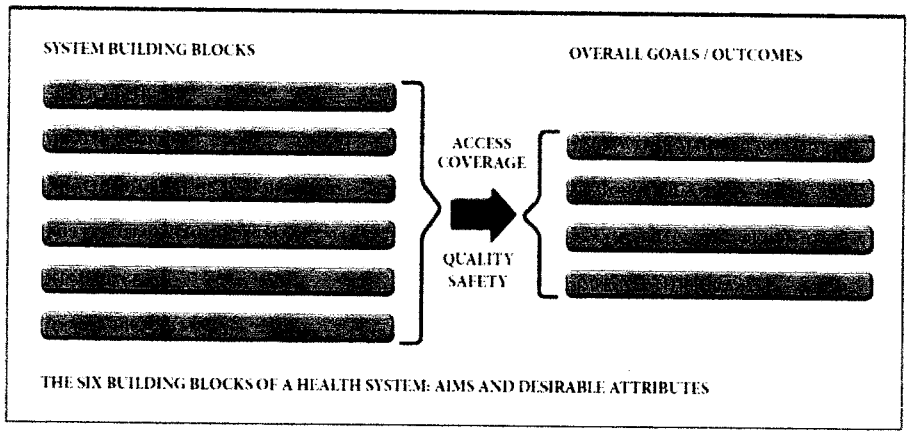
อย่างต่อเนื่อง เพียงพอ และเหมาะสม โดยให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและคุณค่าของสังคมไทย ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแล ขณะที่รัฐมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนให้ความรู้ และเป็นตัวแทนดูแลกำกับคุณภาพของบริการและการดูแล โดยมีระบบที่รองรับสำหรับผู้ที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้เป็นบริการสุขภาพและสังคมที่มีทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน

๒) แนวความคิด

ข้อเสนอแนวความคิดคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ร่วมกับแนวความคิด ๖ องค์ประกอบของระบบสุขภาพ (The six building blocks of a health system) และแนวความคิดหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของการประสานงาน (The primary care team as a hub of coordination) ดังนี้

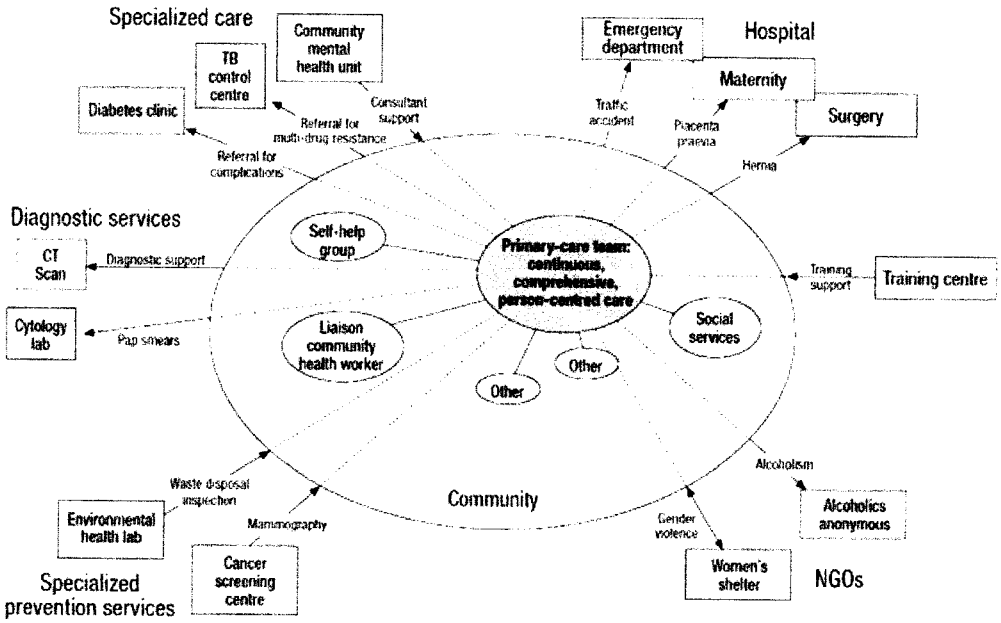
แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นแนวคิดมาจากทฤษฎีจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยา พบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นมักจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และจะมีการแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์แบบมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความสนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือทางด้านความรู้ ด้านอารมณ์ ข้อมูล วัตถุสิ่งของ และอื่น ๆ ทำให้เกิดความผูกพันได้ แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นจำเป็นต่อพฤติกรรมของแต่ละคนมาก โดยเฉพาะพฤติกรรมทางด้านร่างกายและจิตใจ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล หรือว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (จุฬาภรณ์ โสตะ, ๒๕๕๔) โดย House (๑๙๘๑) แบ่งการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยเน้นถึงสิ่งตอบสนองความต้องการทางด้าน จิตใจ อารมณ์ของบุคคลออกเป็น ๔ ด้านคือ ๑) ด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ๒) ด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรองการให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม ๓) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ทำให้ได้ความรู้ คำแนะนำข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทาง ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติและนำไปใช้ในการปรับสภาพแวดล้อมได้ และ ๔) ด้านทรัพยากรหรือเครื่องมือ (Instrumental Support) ทำให้ได้รับความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุ สิ่งของ เงิน แรงงาน (House, ๑๙๘๑)

๖ องค์ประกอบของระบบสุขภาพ (The six building blocks of a health system) คือ กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์กรอนามัยโลก (The WHO Health Systems Framework) ๖ องค์ประกอบ (six building blocks) ได้แก่ งานบริการสุขภาพ (Service delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information systems) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicines) การเงินการคลังด้านสุขภาพ (Financing) และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance) จุดประสงค์ของ Six building blocks คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความครอบคลุมของบริการสุขภาพ คุณภาพของบริการสุขภาพ และความปลอดภัยของบริการสุขภาพ และประโยชน์/ผลลัพธ์ของ Six building blocks คือ ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ป้องกันความเสี่ยงการเงินการคลังด้านสุขภาพและสังคม และเพิ่มประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพ (World Health Organization, ๒๐๑๐)



ภาพที่ ๑ The six building blocks of a health system

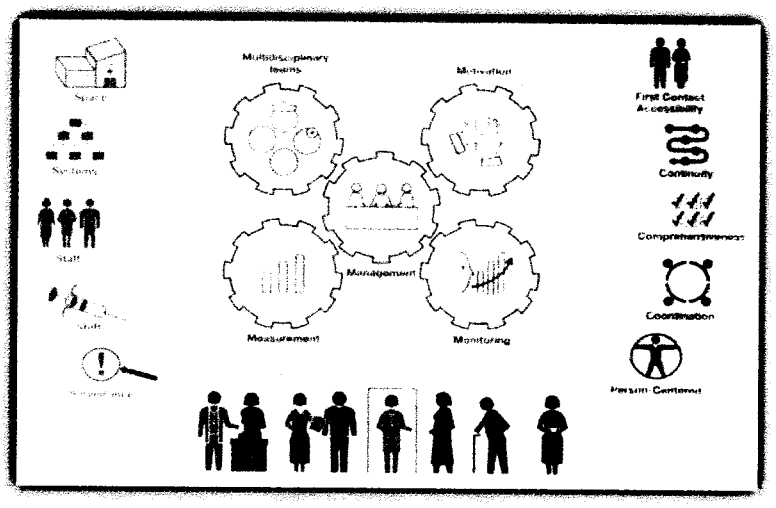
หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของการประสานงาน (The primary care team as a hub of coordination) หน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ หน่วยบริการเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการใช้ศักยภาพนั้นให้เกิดประโยชน์สูงสุดซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพของประชาชน สุขภาพจิต และการดูแลระยะยาว บทบาทการประสานงานนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพีระมิดการดูแลปฐมภูมิเป็นเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับหน่วยบริการอื่น ๆ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับลำดับชั้นจากบนลงล่างหรือล่างขึ้นบนแต่เป็นความร่วมมือ การทำงานร่วมงานและการประสานงานระหว่างชุมชนและระดับอื่น ๆ ของระบบสุขภาพ (World Health Organization, ๒๐๐๘)



ภาพที่ ๒ Primary care as a hub of coordination: networking within the community served and with outside partners

๓) ข้อเสนอ

การพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวเป็นระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอโดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของการประสานงานภายในระบบสุขภาพอำเภอ โดยมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความครอบคลุมของบริการสุขภาพ คุณภาพของบริการสุขภาพ และความปลอดภัยของบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสุขภาพตามกรอบตามแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (The WHO's Integrated People-centered Health Services Model: IPCHS) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, ๒๐๒๑) ประกอบด้วยการดำเนินงานตาม ๕ กลยุทธ์คือ การสร้างความสัมพันธ์และสร้างพลังให้กลุ่มประชากรและชุมชนที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบ (Engaging and empowering people and communities) การสร้างความเข้มแข็งให้กับการอภิบาลระบบและความรับผิดรับชอบในการดูแลสุขภาพ (Strengthening governance and accountability) การปรับรูปแบบการดูแลรักษา (Reorienting the model of care) การประสานงานการจัดบริการทั้งในภาคสุขภาพและนอกภาคสุขภาพ (Coordinating services within and across sectors) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพ (Creating an enabling environment) และแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบอิงคุณค่า (Porter's value-based care model: VBC) ของ Michael E. Porter & Thomas H. Lee (Porter & Lee, ๒๐๑๓) ประกอบด้วยการดำเนินงานตาม ๖ ขั้นตอนหลักคือ การสร้างหน่วยเวชปฏิบัติแบบบูรณาการที่รับผิดชอบกระบวนการดูแลรักษาตลอดเส้นทางของการเจ็บป่วย (Build Integrated Practice Unit: IPU) การวัดผลลัพธ์และต้นทุนสำหรับผู้ป่วยทุกราย (Measure outcomes and costs for every patients) การใช้การจ่ายเงินแบบทั้งพวงสำหรับการจัดบริการสุขภาพสำหรับการเจ็บป่วยแต่ละครั้งจนสิ้นสุดการดูแลรักษา (Move to bundled payments for care cycles) การบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาตลอดเส้นทางการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและข้ามสถานพยาบาล (Integrate care for each patient journey across separate facilities) การขยายกระบวนการจัดกระบวนการดูแลรักษาแบบอิงคุณค่าให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ (Expand areas of excellence in value-based care across geography) และการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศให้เอื้อต่อการติดตามผลลัพธ์จากการจัดกระบวนการดูแลรักษาแบบอิงคุณค่า (Build and enable information technology platform) ประกอบด้วย ๕ กระบวนการสำคัญคือ การจัดการสภาวะสุขภาพระดับประชากร (Population health management) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multi-disciplinary teams) การบริหารแรงจูงใจของทีมดูแลสุขภาพ (Motivation) การวัดผล (Measurement) และการติดตามผล (Monitoring)



ภาพที่ ๓ การพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

การพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอโดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของการประสานงานภายในระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งระบบสุขภาพอำเภอให้แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวประกอบด้วยงานบริการสุขภาพ (Service delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information systems) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicines) การเงินการคลังด้านสุขภาพ (Financing) และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership/Governance) อย่างต่อเนื่อง เพียงพอ และเหมาะสม โดยให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านการแพทย์และการบริการทางด้านสังคม มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและคุณค่าของสังคมไทย ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแล ขณะที่รัฐมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุนให้ความรู้ และเป็นตัวแทนดูแลกำกับคุณภาพของบริการและการดูแล โดยมีระบบที่รองรับสำหรับผู้ที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้เป็นบริการสุขภาพและสังคมที่มีทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีขั้นตอนการพัฒนาข้อเสนอ ดังนี้

๓.๑) ศึกษาแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวภายในระบบสุขภาพอำเภอ

๓.๒) วิเคราะห์และสังเคราะห์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) แนวความคิด ๖ องค์ประกอบของระบบสุขภาพ (The six building blocks of a health system) และแนวความคิดหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของการประสานงาน (The primary care team as a hub of coordination) เพื่อใช้พัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

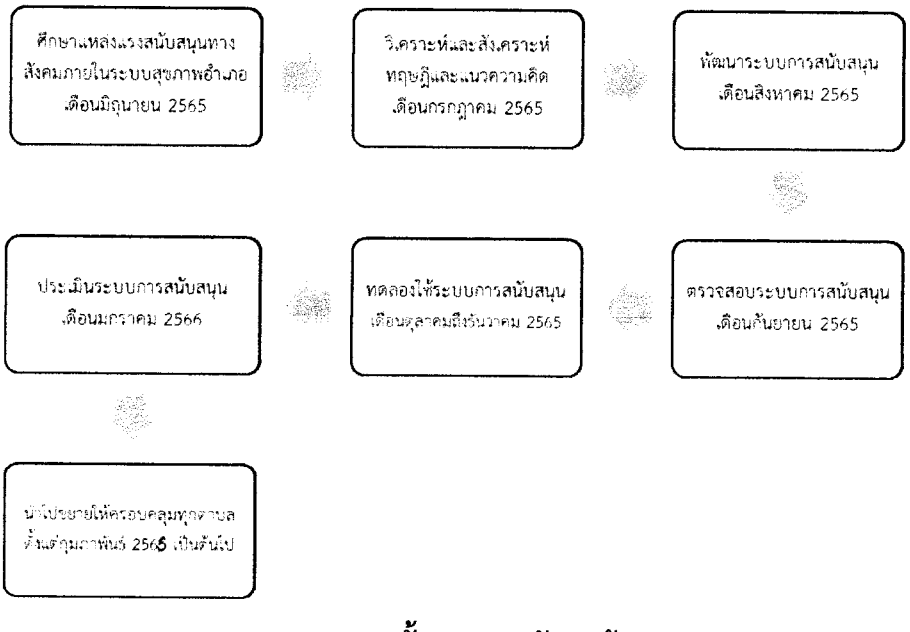
๓.๓) พัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

๓.๔) ตรวจสอบระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

๓.๕) ทดลองใช้ระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวในพื้นที่นำร่อง ๑ ตำบล

๓.๖) ประเมินระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

๓.๗) นำระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวไปขยายให้ครอบคลุมทุกตำบล ดังภาพ ๔



ภาพ ๑ แสดงขั้นตอนการพัฒนาข้อเสนอ

๔) ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น	แนวทางแก้ไข
ด้านการสื่อสารนโยบายกับผู้บริหารอำเภออาจจะส่งผลกระทบต่อนโยบายและการบริหารจัดการภายในระบบสุขภาพอำเภอ	ควรเสนอแนะให้เห็นถึงความสอดคล้องนโยบายและการบริหารจัดการของระบบสุขภาพอำเภอ เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โอกาสและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในการดำเนินการตามระบบการสนับสนุนฯ ตลอดจนข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นกับประชาชนเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารอำเภอต่อไป
ด้านสมรรถภาพขององค์กร ความร่วมมือและการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง อาจจะเกิดจากการขาดการประสานงานและการประสานความคิดของหน่วยภายนอกที่เกี่ยวข้อง	ควรเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนาระบบการสนับสนุนฯ ให้มีความเข้มแข็งเพื่อเป็นพลังขับเคลื่อนสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้
ด้านการควบคุม อาจจะเกิดจากความสามารถของหน่วยงานที่ปฏิบัตินำระบบการสนับสนุนฯ ไปใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลด้วยการตรวจเยี่ยมเสริมพลัง การนิเทศ ติดตาม หรือการตรวจราชการจากหน่วยงานที่เหนือกว่าอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ
ด้านอำนาจและความสัมพันธ์กับองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง อาจจะเกิดจากการติดต่อสื่อสารและความสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน	ภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการปรับทัศนคติให้ตรงกัน (Mindset) กำหนดเป้าประสงค์เพื่อสร้างความผาสุกให้กับประชาชนเช่นเดียวกันโดยใช้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One health) ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว
ด้านความเข้าใจและการไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีถ่ายทอดการนำระบบการสนับสนุนฯ ไปใช้อย่างเป็นระบบ สร้างความเข้าใจถึงเหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำหรือทำความเข้าใจกับผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงาน สนับสนุนคู่มือและแนวทางการดำเนินงาน และติดตามความถูกต้องในการดำเนินงาน ตลอดจนติดตามความคืบหน้าของปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลในการนำระบบสนับสนุนฯ ไปใช้
ด้านงบประมาณในการขับเคลื่อนระบบสนับสนุนฯ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุขควรมีบทบาทหน้าที่ในการร่วมพัฒนาระบบสนับสนุนฯ ร่วมวางแผนการพัฒนา ร่วมสนับสนุนและบริหารงบประมาณ ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตาม ร่วมประเมินผล และร่วมรับผิดชอบระบบสนับสนุนฯ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑) ระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ วัฒนธรรม และคุณค่าของสังคมไทย

๒) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพอำเภอเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้แก่อาสาสมัครประจำครอบครัวอย่างเพียงพอและเหมาะสมต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๓) อาสาสมัครประจำครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

๔) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครประจำครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๕) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน มีคุณภาพ และปลอดภัย

๖) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับบริการสุขภาพที่เป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

๗) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว ใกล้บ้าน ลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพ

๘) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

๙) ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งและมีความรู้สึกมั่นคงในชีวิตมากขึ้น

๑๐) ลดโรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

๕. ตัวชี้วัดผลสำเร็จ

๑) จำนวนแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวภายในระบบสุขภาพอำเภอ

๒) ระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

๓) ระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัวมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ด้านความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมากขึ้นไป

๔) ระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว เมื่อนำไปใช้ในสถานการณ์จริง อาสาสมัครประจำครอบครัวกลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนใช้ระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว และสูงกว่าอาสาสมัครประจำครอบครัวกลุ่มควบคุม

๕) ระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว เมื่อนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูงที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครประจำครอบครัวกลุ่มทดลองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนใช้ระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว และสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูงที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครประจำครอบครัวกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (๒๕๕๑). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบ เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. รามาธิบดีพยาบาลสาร, ๑๔(๓), ๓๘๕-๓๙๙.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (๒๕๕๙). คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัวกลุ่มดูแลผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (๒๕๖๐). รายงานผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัว. สืบค้นเมื่อ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๔, จาก http://fv.phc.hss.moph.go.th/

กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๙). แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

เตชทัต หอมบุปผา. (๒๕๖๕). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย.

วิเชษฐ์ เชิดสันเทียะ, ปาหนัน พิชยภิญโญ และสุนีย์ ละกำปั่น. (๒๕๖๔). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารเกื้อการุณย์. ๒๘(๑), ๓๓-๔๔.

ยุทธนา แยบคาย, และวัลยา ตูพานิช. (๒๕๖๔). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย. วารสารพยาบาลตำรวจ. ๑๓(๑), ๓๔-๔๒.

ยุทธนา แยบคาย และมุจลินท์ แปงศิริ. (๒๕๖๔). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดสุโขทัย. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, ๗(๒), ๖๕-๗๗.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (๒๕๖๔). รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย. (๒๕๖๓). รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย.

Bitton, A., Veillard J.H., Basu, L., Ratcliffe, H.L., Schwarz, & D., Hirschhorn LR. (๒๐๑๘). The ๕S-๕M-๕C schematic: transforming primary care inputs to outcomes in low-income and middle-income countries. BMJ Glob Health, ๓(Suppl ๓), e๐๐๑๐๒๐. doi: ๑๐.๑๑๓๖/bmjgh-๒๐๑๘-๐๐๑๐๒๐.

House, J. S. (๑๙๘๑). The association of social relationship and activities with mortality: community health study. American Journal Epidemiology, ๑๑๖(๑), ๑๒๓-๑๔๐.

Porter, M.E. & Lee, T.H. (๒๐๑๓). The Strategy That Will Fix Health Care. Retrieved ๒๔/๐๘/๒๐๒๑, from https://hbr.org/๒๐๑๓/๑๐/the-strategy-that-will-fix-health-care

World Health Organization. (๒๐๐๘). The world health report ๒๐๐๘: primary health care now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (๒๐๑๐). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.

World Health Organization. (๒๐๒๑). WHO Framework on integrated people-centered health services. Retrieved ๒๔/๐๘/๒๐๒๑, from https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/strategies/en/

แนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ระดับชำนาญการพิเศษ)

เรื่อง การพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครประจำครอบครัว

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการประเมิน

(นายเตชทัต หอมบุปผา)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาราชการแทน

สาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย

วันที่ ๑๒ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

<u>ส่วนที่ ๒</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน จังหวัดสุโขทัย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑๗ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
๑) ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐)
๒) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐)
๓) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐)
๔) นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
๕) รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
๖) นโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน
๗) การประเมินผลนโยบายสาธารณะ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายงาน

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No. ๒๔/๒๐๒๒ เอกสารรับรองเลขที่ IRB No. ๒๒/๒๐๒๒ ลงวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ วิธีทบทวนแบบยกเว้น (Exemption review)

๔.๑ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชน จังหวัดสุโขทัย จำนวน ๕๘๘,๘๖๓ คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, ๒๕๕๗) ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณการค่าเฉลี่ยประชากร (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, ๒๕๕๘) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน ๖๖๗ คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ ขั้นตอนที่ ๑ การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนประชาชนของแต่ละอำเภอทั้ง ๙ อำเภอเพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละอำเภอ ขั้นตอนที่ ๒ การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) เลือกตำบลจากแต่ละอำเภอด้วยนำชื่อตำบลทั้งหมดในอำเภอนั้น ๆ มาจัดทำเป็นฉลาก จับฉลากเลือกเป็นตัวแทนอำเภอละ ๑ ตำบลแบบไม่ใส่คืนจนได้ตำบลครบทั้ง ๙ ตำบล ขั้นตอนที่ ๓ การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เลือกหมู่บ้านจากแต่ละตำบลด้วยการนำลำดับหมู่บ้านทั้งหมดในตำบลนั้น ๆ มาจัดทำเป็นฉลาก โดยการเขียนลำดับหมู่บ้านในแต่ละตำบลหลังจากนั้นทำการจับฉลากแยกเป็นรายตำบล โดยจับเลือกเป็นตำบล ๆ ละ ๑ หมู่บ้านแบบไม่ใส่คืนจนได้หมู่บ้านครบทั้ง ๙ หมู่บ้าน และขั้นตอนที่ ๔ การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำเลขที่บ้านในแต่ละหมู่บ้านมาเรียงลำดับเลขที่บ้านจากน้อยไปมากและใช้วิธีสุ่มจากรายชื่อประชาชนในแต่ละหมู่บ้านตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ด้วยคอมพิวเตอร์

๔.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ๓ ส่วนดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร จำนวน ๔ ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว และอาชีพ ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง ๐.๖๗-๑.๐๐ (Rovinelli & Hambleton, ๑๙๗๗)

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามประสบการณ์ใช้บริการตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน จำนวน ๕ ข้อ ได้แก่ บัตรแนะนำตัวหมอประจำตัวสามคน ช่องทางการรับรู้นโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน หมอคนที่ ๑ หมอประจำบ้าน หมอคนที่ ๒ หมอสาธารณสุข หมอคนที่ ๓ หมอครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง ๐.๖๗-๑.๐๐ (Rovinelli & Hambleton, ๑๙๗๗)

ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามผลการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนประกอบด้วยด้านการรับรู้บทบาทสามหมอ ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Health accessibility) ด้านความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health security) ด้านความรอบรู้สามหมอ (Health literacy) และด้านความพึงพอใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน จำนวน ๒๒ ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ๕ ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน ๕, ๔, ๓, ๒ และ ๑ คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน ๑, ๒, ๓, ๔ และ ๕ คะแนน ตามลำดับ คะแนนเต็ม ๙๐ คะแนน การแปลความหมายคะแนนการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนแบ่งออกเป็น ๓ ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (๑๙๗๕) คือ การดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป การดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๖๐-๗๙ และการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนอยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง ๐.๖๗-๑.๐๐ (Rovinelli & Hambleton, ๑๙๗๗) และค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ ๐.๙๖ (Cronbach, ๑๙๘๔)

๔.๓ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ ผู้วิจัยทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีมาศขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลทุกแห่ง เทศบาลเมืองสวรรคโลก และเทศบาลเมืองสุโขทัยธานี เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ ๑๗ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ โดยมีอัตราการตอบกลับแบบสอบถาม ร้อยละ ๑๐๐.๐ ซึ่งภายในแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามครบเรียบร้อยแล้วจะตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน และความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการศึกษาในลำดับต่อไป

๔.๔ การวิเคราะห์ข้อมูลคือ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

๔.๔.๑ การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว และอาชีพ โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

๔.๔.๒ การวิเคราะห์ประสบการณ์ใช้บริการตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ได้แก่ บัตรแนะนำตัวหมอประจำตัวสามคน ช่องทางการรับรู้นโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน หมอคนที่ ๑ หมอประจำบ้าน หมอคนที่ ๒ หมอสาธารณสุข หมอคนที่ ๓ หมอครอบครัว โดยใช้สถิติจำนวน และร้อยละ

๔.๔.๓ การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๔.๔.๔ การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชน จังหวัดสุโขทัย

๑) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้านเพศและโรคประจำตัวกับความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (Point biserial Correlation Coefficient)

๒) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้านอายุ การรับรู้บทบาทสามหมอ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความมั่นคงด้านสุขภาพ และความรอบรู้สามหมอ กับความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

๓) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้านประสบการณ์การใช้บริการตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอสามคน ได้แก่ การได้รับบัตรแนะนำตัวหมอประจำตัวสามคน ช่องทางการรับรู้นโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน หมอคนที่ ๑ หมอประจำบ้าน หมอคนที่ ๒ หมอสาธารณสุข หมอคนที่ ๓ หมอครอบครัวกับความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta Correlation Coefficient)

๔) กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยมีรายละเอียด (Hinkle, William & Stephen, ๑๙๙๘) ดังนี้

r = ๐.๙๑ - ๑.๐๐ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
r = ๐.๗๑ - ๐.๙๐ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
r = ๐.๕๑ - ๐.๗๐ มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
r = ๐.๓๑ - ๐.๕๐ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
r = ๐.๐๐ - ๐.๓๐ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

๔.๔.๕ การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชน จังหวัดสุโขทัย โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

๔.๔.๖ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมุติฐาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ ๘๑.๘ มีอายุ ๕๐ – ๕๙ ปีมากที่สุด ร้อยละ ๓๘.๗ รองลงมาคือ อายุ ๔๐ - ๔๙ ปี ร้อยละ ๒๔.๓ และน้อยที่สุดคือ ๘๐ – ๘๙ ปี ร้อยละ ๐.๓ อายุเฉลี่ย ๕๒.๒๘ ปี ต่ำสุด ๒๐ ปี และสูงสุด ๘๐ ปี มีโรคประจำตัว ร้อยละ ๔๑.๔ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ ๕๓.๕ รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ ๒๑.๖ และน้อยที่สุดคือ นักการเมืองท้องถิ่น ร้อยละ ๐.๑

๕.๒ ประสบการณ์ใช้บริการตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว

กลุ่มตัวอย่างได้รับบัตรแนะนำตัวหมอประจำตัวสามคน ร้อยละ ๗๗.๑ มีช่องทางการรับรู้นโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน ร้อยละ ๑๐๐ รู้จักหมอคนที่ ๑ หมอประจำบ้าน ร้อยละ ๑๐๐ โดยลงเยี่ยมบ้าน ร้อยละ ๖๒.๗ รู้จักหมอคนที่ ๒ หมอสาธารณสุข ร้อยละ ๙๔.๐ โดยลงเยี่ยมบ้าน ร้อยละ ๘๙.๒ และรู้จักหมอคนที่ ๓ หมอครอบครัวร้อยละ ๖๑.๘ โดยโทรปรึกษาปัญหาสุขภาพกับหมอครอบครัว ร้อยละ ๖๒.๗

๕.๓ การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน

ผลการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 70.84, S.D. = 10.28) ได้แก่ ด้านการรับรู้บทบาทสามหมออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 9.28, S.D. = 1.53) ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Health accessibility) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 16.13, S.D. = 2.75) ด้านความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health security) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 16.22, S.D. = 3.08) ด้านความรอบรู้สามหมอ (Health literacy) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 13.49, S.D. = 2.41) และด้านความพึงพอใจต่อนโยบายสามหมออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 15.72, S.D. = 2.41)

๕.๔ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชน จังหวัดสุโขทัย

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว อาชีพ การได้บัตรแนะนำตัวหมอประจำตัวสามคน ช่องทางการรับรู้นโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน หมอคนที่ ๑ หมอประจำบ้าน หมอคนที่ ๒ หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ ๓ หมอครอบครัว การรับรู้บทบาทสามหมอ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความมั่นคงด้านสุขภาพ และความรอบรู้สามหมอ กับความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชน พบว่า ตัวแปรอายุ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชน (r = -๐.๑๒๘ และ -๐.๐๘๓) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และตัวแปรการรับรู้บทบาทสามหมอ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความมั่นคงด้านสุขภาพ และความรอบรู้สามหมอมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชน (๐.๖๐๒, ๐.๖๕๓, ๐.๖๕๕ และ ๐.๔๕๕ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ส่วนตัวแปรด้านเพศ อาชีพ การได้บัตรแนะนำตัวหมอประจำตัวสามคน ช่องทางการรับรู้นโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน หมอคนที่ ๑ หมอประจำบ้าน หมอคนที่ ๒ หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ ๓ หมอครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชน

๕.๕ ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชน จังหวัดสุโขทัย

ปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์ความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชนสูงที่สุดคือ ความมั่นคงด้านสุขภาพ (Beta = ๐.๓๗๔) การรับรู้บทบาทสามหมอ (Beta = ๐.๒๑๒) และความรอบรู้สามหมอ (Beta = ๐.๒๙๔) ตามลำดับ ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง ๓ ตัวร่วมพยากรณ์ความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชนได้ ร้อยละ ๕๙.๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นำผลการวิจัยไปใช้การกำกับติดตาม และปรับปรุงการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของจังหวัดสุโขทัย

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ ขั้นตอนที่ ๑ การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วน

ประชาชนของแต่ละอำเภอทั้ง ๙ อำเภอเพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละอำเภอ ขั้นตอนที่ ๒ การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) เลือกตำบลจากแต่ละอำเภอด้วยนำชื่อตำบลทั้งหมดในอำเภอนั้น ๆ มาจัดทำเป็นฉลาก จับฉลากเลือกเป็นตัวแทนอำเภอละ ๑ ตำบลแบบไม่ใส่คืนจนได้ตำบลครบทั้ง ๙ ตำบล ขั้นตอนที่ ๓ การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เลือกหมู่บ้านจากแต่ละตำบลด้วยการนำลำดับหมู่บ้านทั้งหมดในตำบลนั้น ๆ มาจัดทำเป็นฉลาก โดยการเขียนลำดับหมู่บ้านในแต่ละตำบลหลังจากนั้นทำการจับฉลากแยกเป็นรายตำบล โดยจับเลือกเป็นตำบล ๆ ละ ๑ หมู่บ้านแบบไม่ใส่คืนจนได้หมู่บ้านครบทั้ง ๙ หมู่บ้าน และขั้นตอนที่ ๔ การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำเลขที่บ้านในแต่ละหมู่บ้านมาเรียงลำดับเลขที่บ้านจากน้อยไปมากและใช้วิธีสุ่มจากรายชื่อประชาชนในแต่ละหมู่บ้านตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ด้วยคอมพิวเตอร์ จำนวน ๖๖๗ คน ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวเป็นวิธีการที่ยุ่งยากซับซ้อน สุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน และเก็บข้อมูลจะเก็บจากกลุ่มตัวอย่างขั้นสุดท้ายที่สุ่มได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงทำให้มีความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม วิธีการนี้ก็มีความน่าเชื่อถือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมากที่สุด

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

๒) ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)

๓) นโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน เป็นนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้นโยบายใหม่และเป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้ผู้ปฏิบัติยังไม่ค่อยเข้าใจในการนำนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนไปสู่การปฏิบัติเท่าที่ควร รวมถึงประชาชนยังไม่มีความรู้เข้าใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนส่งผลให้เกิดความสับสนในการตอบแบบสอบถาม

๔) ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องไม่เพียงพอจึงทำให้ไม่มีผลงานวิชาการสนับสนุนและอ้างอิงได้ตรงประเด็นสอดคล้องกับผลการวิจัย

๙. ข้อเสนอแนะ

๑) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) หรือการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research) เพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงใจในนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชนที่อาจนอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้

๒) ควรประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึก ครอบคุลมความหลากหลายมากที่สุด และทำความเข้าใจปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่แตกต่างกันในพื้นที่ที่ต่างกันและในระยะเวลาที่ต่างกัน

๓) ควรพัฒนารูปแบบการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน โดยให้ประชาชนประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนผ่านแบบฟอร์มออนไลน์เพื่อความสะดวกและรวดเร็วของผลการประเมิน รวมถึงประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการประเมินผลในแต่ละไตรมาสได้อย่างทันท่วงที

๔) ควรพัฒนาการพัฒนารูปแบบการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน โดยใช้เป็นเครื่องมือกำกับ ติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน

๑๐.การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑.ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นายบุญสืบ เปรมศรี สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้เสนอผลงาน

(นายบุญสืบ เปรมศรี)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๑๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายบุญสืบ เปรมศรี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....

(นายปรีชา สุทนต์)

ตำแหน่ง นายอำเภอคีรีมาศ

วันที่ ๑๗ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ลงชื่อ .....

(นายปองพล วรปาณิ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

วันที่ ๑๖ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

---

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

๒. หลักการและเหตุผล

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็งมีคุณภาพทั่วถึงและยั่งยืน และบรรลุเป้าหมายให้คนไทย ๖๕ ล้านคนมีหมอประจำตัว ๓ คน มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม มุ่งให้เกิดผลลัพธ์กับประชาชนทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต ในความสุขกาย สุขใจ สุขเงิน สุขสามัคคี และปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2009 (COVID-19) ในวิถีชีวิตใหม่อย่างเป็นรูปธรรมได้จริงจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยหมอคนที่ ๑ หมอประจำบ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: อสม.) ที่อยู่ในชุมชนและใกล้ตัว ซึ่งผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข หมอคนที่ ๒ หมอสาธารณสุข ซึ่งอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ (สอน.) ใกล้บ้าน และหมอคนที่ ๓ หมอครอบครัว (แพทย์) ที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) หรือโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ซึ่งใกล้ชิดประชาชน ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน เป็นการมุ่งสร้างระบบสาธารณสุขทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพและมีที่ปรึกษาเมื่อเวลาเจ็บป่วย เน้นการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของสามหมอ เพื่อให้การช่วยเหลือ ดูแล รักษา และส่งต่อประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง เพื่อสร้างช่องทางในการเข้าถึงบริการให้กับประชาชนทุกครอบครัวอย่างเท่าเทียมโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนสามารถเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายของการสาธารณสุข โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ๓ ด้านคือ ด้านการบริการปฐมภูมิและบริการทางสาธารณสุข ด้านนโยบายและกิจกรรมในพหุภาคส่วนร่วม และด้านการเสริมสร้างศักยภาพภาคประชาชน ซึ่งหมอคนที่ ๑ หมอประจำบ้านเป็นหนึ่งในแกนนำที่บูรณาการงานปฐมภูมิและบริการทางด้านสุขภาพที่ทำงานร่วมกับหมอคนที่ ๒ หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ ๓ หมอครอบครัวในการดูแลประชาชนให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (สำเริง แหยงกระโทก, ๒๕๖๐) สำหรับจังหวัดสุโขทัย โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ได้จัดกิจกรรม Kick off มอบของขวัญปีใหม่ “คนไทยทุกคนมีหมอประจำตัวสามคน” เมื่อในวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๓ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป้อม ตำบลบ้านป้อม อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย เพื่อขับเคลื่อนนโยบายคนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว ๓ คน คือ การที่ให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ ให้คนไทยได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และเป็นการต่อยอดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รักษาทุกโรค ทุกที่ พร้อมทั้งเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างกัน ไร้รอยต่อส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแล ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ซึ่งได้ดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากผลการวิจัยเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน จังหวัดสุโขทัย (บุญสืบ เปรมศรี, ๒๕๖๕) พบว่า ผลการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของพิศิษฐ์ ชื่นแจ้ง (๒๕๖๕) พบว่า การรับรู้นโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนรายด้าน พบว่า การรับรู้บทบาทสามหมอ ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Health accessibility) ด้านความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health security) ด้านความรอบรู้สามหมอ (Health literacy) และด้านความพึงพอใจต่อนโยบายสามหมออยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่กำหนดให้ประชาชนมีการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Health accessibility) ความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health security) และความรอบรู้สามหมอ (Health literacy) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔) ทั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้พัฒนารูปแบบการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน โดยใช้เป็นเครื่องมือกำกับ ติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนให้บรรลุตามเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

๓.๒ แนวความคิด

แนวความคิดเกี่ยวกับการประเมินนโยบายสาธารณะเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากนโยบายสาธารณะเริ่มตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การวิเคราะห์นโยบาย การปฏิบัติตามนโยบาย และการประเมินผลกระทบหรือผลที่เกิดขึ้น เพื่อแสวงหาคำตอบที่ว่า นโยบาย/แผนงาน/โครงการ บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้แต่ต้นหรือไม่และระดับใด และการวัดต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักการและเหตุผลและนำข้อมูลที่ได้มานั้นเพื่อทำการสรุปผล

๓.๒.๑ ความสำคัญของการประเมินผลนโยบาย

การที่ต้องทำการประเมินนโยบายตั้งแต่มีการดำเนินการตามนโยบาย เนื่องจากต้องมีการตรวจสอบอยู่เสมอว่านโยบายสาธารณะหรือโครงการต่าง ๆ ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของนโยบายสาธารณะนั้น ได้มีการปฏิบัติอย่างถูกต้องหรือไม่ มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการดำเนินงานสูงต่ำเพียงไร มีปัญหาอุปสรรคหรือข้อบกพร่องเกิดขึ้นอย่างไรหรือไม่ มีการเบี่ยงเบนไปจากนโยบายที่วางไว้ตั้งแต่ต้นหรือไม่ ถ้ามีการเบี่ยงเบนก็จำเป็นต้องแก้ไขให้ถูกต้องต่อไป นอกจากนั้น ในขณะที่มีนโยบายนั้นออกมาอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่าง ๆ ขึ้นได้ นโยบายสาธารณะอาจต้องมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ดังกล่าว การประเมินนโยบายสาธารณะจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องหรือมีผลต่อประชาชนทั้งประเทศ หรือเป็นผลประโยชน์ส่วนรวมของชาติ การประเมินผลนโยบายสาธารณะจะทำให้การดำเนินการตามนโยบายสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ การประเมินผลนโยบายไว้ว่านโยบายสาธารณะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานและบุคคลหลายฝ่ายจึงปรากอยู่เสมอว่า ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมิได้ให้ความสำคัญกับการประเมินผลนโยบายสาธารณะเท่าที่ควร มักจะมีการปัดความรับผิดชอบในการประเมินผลนโยบายอยู่เสมอ เพราะการประเมินจะเป็นตัวชี้วัดสำคัญถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบาย ความสามมรรถในการดำเนินการตามนโยบายของหน่วยงานต่าง ๆ ตลอดจนประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนโยบายต่าง ๆ ด้วย หน่วยงานทั้งหลายอาจเห็นว่าเป็นเรื่องเสี่ยงกเกินไปที่จะมีการประเมินผลนโยบายอย่างเป็นระบบทุกขั้นตอน เพราะจะพบข้อบกพร่องต่าง ๆ มากมาย อันอาจเป็นผลเสียต่อหน่วยงาน ความเห็นเช่นนั้นเป็นเรื่องที่ไม่

ถูกต้อง เพราะถ้ามีการประเมินผลนโยบายกันอย่างจริงจัง และนำผลการประเมินมาใช้จะทำให้เกิดประโยชน์หลายประการ ย่อมเกิดผลดีมากกว่าผลเสีย โดยเฉพาะจะช่วยให้การวิเคราะห์ขั้นตอนต่างๆ ของนโยบายตลอดจนการดำเนินการตามนโยบายกระทำได้รัดกุมดีขึ้น หน่วยงานทั้งหลายที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ความรู้ประสบการณ์ และบทเรียนที่ได้รับจากนโยบายหนึ่งไปรับปรุงแก้ไขนโยบายต่าง ๆ ไป การประเมินนโยบายจึงเป็นเรื่องที่ทุกหน่วยงานควรให้ความสนใจ โดยมีประเด็นที่มีความสำคัญดังต่อไปนี้

๑) ช่วยตัดสินสินใจให้มีแผนและโครงการต่อไป หรือจะยุติ ซึ่งการประมนผลความสำเร็จของแผนและโครงการจะทำให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทราบถึงผลผลิตและผลกระทบของแผนและโครงการด้วย

๒) ช่วยปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานและแนวทางปฏิบัติให้ก้าวหน้า การประเมินความสำเร็จของแผนและโครงการจะมุ่งไปสู่การประเมินผลของการปฏิบัติของผู้บริหารแผนและโครงการ รวมทั้งทีมงานที่เกี่ยวข้องด้วย

๓) ช่วยตัดสินใจในการเพิ่มหรือตัดออกซึ่งกลยุทธ์และเทคนิคของแผนและโครงการบางอย่าง ในกรณีที่แผนและโครงการเกิดปัญหาและข้อขัดข้องอาจจำเป็นที่จะต้องใช้เทคนิคหรือกลยุทธ์ใหม่ ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้เพื่อที่จะทำให้การบริหารแผนและโครงการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

๔) ช่วยในการพิจารณาขยายแผนและโครงการไปยังหน่วยงานอื่น ซึ่งการประเมินเกี่ยวกับแผนและโครงการดังกล่าว ทำให้ทราบถึงความสำเร็จของแผนและโครงการนั้น ในกรณีที่แผนและโครงการประสบผลสำเร็จอาจจะนำมาเป็นแนวทางและข้อมูลสำหรับการบริหารงาน

๕) ช่วยจัดสรรทรัพยากรระหว่างแผนและโครงการที่เลือกแล้วให้เกิดประโยชน์สูงสุด กล่าวคือ ในกรณีที่มีหลายแผน หลายโครงการ แต่มีทรัพยากรจำกัด ไม่อาจแบ่งสรรทรัพยากรให้ได้ตามแผนและโครงการ จำเป็นต้องเลือกเฉพาะบางแผนและบางโครงการมาดำเนินการ

๓.๒.๒ แนวทางการประเมินผลนโยบายสาธารณะ

William N. Dunn (๒๐๐๔) ได้กล่าวถึงแนวทางในการประเมินนโยบายที่เน้นถึงสภาพข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมทางสังคมมีผลต่อการบุคคล กลุ่มบุคคล และสังคมโดยส่วนรวม โดยแนวทางในการประเมินผลนี้ ได้ถูกแยกออกเป็น ๓ แนวทาง ดังนี้

๑) การประเมินผลแบบเทียม (Pseudo-evaluation) การประเมินผลแบบเทียมเป็นแนวทางซึ่งใช้วิธีการที่มีกฎเกณฑ์ เพื่อให้ทราบถึงผลของนโยบายอย่างเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ โดยมิได้มุ่งพิจารณาเรื่องคุณค่าของนโยบายที่มีต่อบุคคล กลุ่มบุคคล และสังคมส่วนรวมแนวทางนี้ถือว่าการประเมินคุณค่าเป็นเรื่องที่ไม่จำเป็น เพราะทราบกันอยู่แล้ว เรื่องคุณค่าของนโยบายต่าง ๆ เป็นเรื่องที่ปรากฏขึ้นมาเอง

๒) การประเมินผลแบบทางการ (Formal-evaluation) การประเมินแบบทางการเป็นแนวทางในการประเมินผลนโยบายที่ใช้วิธีการที่มีหลักมีเกณฑ์เช่นเดียวกับแนวทางแรก และประเมินผลนโยบายในลักษณะที่นโยบายนั้นได้มีการประกาศอย่างเป็นทางการถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย การประเมินผลแบบทางการนี้ นักวิเคราะห์นโยบายสามารถใช้วิธีการเช่นเดียวกับการประเมินผลตามแนวทางแรกเพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ในการประเมิน ข้อแตกต่างที่สำคัญก็คือ การประเมินแบบทางการต้องอาศัยกฎหมาย เอกสารหลักฐานของนโยบาย หรือโครงการที่จัดทำตามนโยบาย ตลอดจนจะต้องมีการสอบถามสัมภาษณ์ผู้วางนโยบายและผู้บริหารในเรื่องการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ การเมินแบบทางการจะมุ่งถึงเกณฑ์ในการประเมินที่สำคัญ ๒ ประการคือ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล การประเมินแบบทางการสามารถกระได้หลายวิธี เช่น การประเมินสรุปผล (Summative evaluation) คือ ทำการประเมินว่านโยบายนั้นบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยทำการประเมินนโยบายที่กำหนดขึ้นอย่างแน่นอน

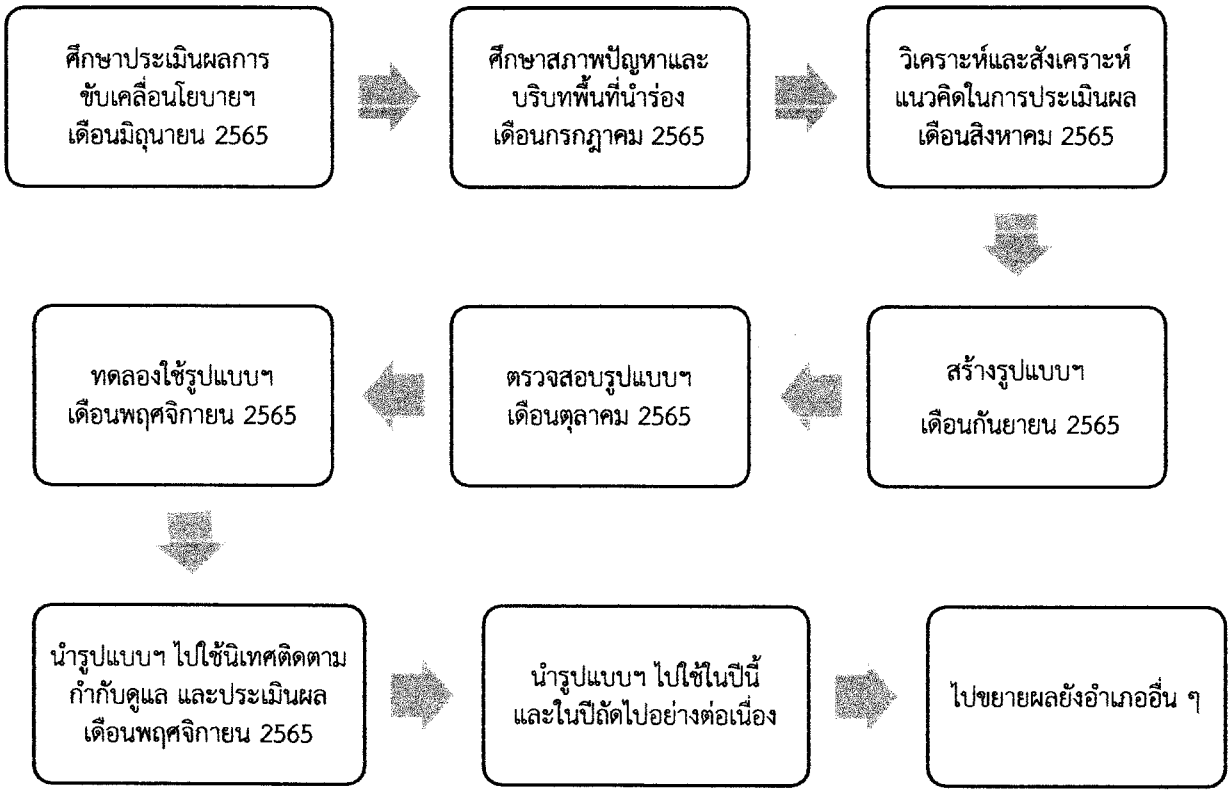
และมีการดำเนินการตามนโยบายแล้ว อีกวิธีหนึ่งคือ การประเมินผลขณะปฏิบัติ (Formative evaluation) วิธีนี้ต้องการให้มีการประเมินอย่างต่อเนื่องคือ มีการประเมินผลขณะที่มีการปฏิบัติตามนโยบาย จุดมุ่งหมายก็เช่นเดียวกับวิธีแรกคือ เพื่อดูว่านโยบายนั้นบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์หรือไม่ จะเห็นว่าความแตกต่างของการประเมิน ๒ วิธีนี้อยู่ที่ช่วงเวลาในการประเมินเท่านั้น

๓) การประเมินผลเชิงตัดสินใจ (Decision-theoretic evaluation) การประเมินนโยบายตามแนวทางนี้ต่างจาก ๒ แนวทางแรก การประเมินแนวทางนี้ต้องอาศัยความเห็นของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในเรื่องคุณค่าของนโยบาย ใน ๒ แนวทางที่ได้พิจารณามาแล้วจะพบว่า การประเมินแบบเทียมไม่คำนึงถึงเรื่องคุณค่าเพราะถือว่าคุณค่าจะปรากฏขึ้นมาเองไม่จำเป็นต้องประเมิน สำหรับการประเมินแบบแท้ คุณค่าของนโยบายขึ้นอยู่กับผู้วางนโยบายหรือผู้บริหารซึ่งเป็นผู้ประเมิน การประเมินแบบแท้นี้อาศัยข้อมูลจากที่มาเพียงแหล่งเดียวเท่านั้น การประเมินเชิงตัดสินใจเป็นแนวทางที่ของการประเมินใน ๒ แนวทางแรก เพราะถือว่าทุกฝ่ายมีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดและปฏิบัติตามนโยบาย

๓.๓ ข้อเสนอ

การพัฒนารูปแบบการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย เพื่อกำกับ ติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนให้บรรลุตามเป้าหมายของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยมุ่งหวังให้ประชาชนดูแลสุขภาพและมีที่ปรึกษาเมื่อเวลาเจ็บป่วยเน้นการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันของสามหมอ การช่วยเหลือ ดูแล รักษา และส่งต่อประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง สร้างช่องทางในการเข้าถึงบริการให้กับประชาชนทุกครอบครัวอย่างเท่าเทียมให้สามารถเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว ลดอัตราการเจ็บป่วย ลดการรอคอยและความแออัดในการรับบริการในสถานบริการ ลดค่าใช้จ่าย ตลอดจนลดอัตราตายในการรอเข้ารับบริการ โดยมีขั้นตอนการพัฒนาข้อเสนอ ดังนี้

1) ประเมินผลการขับเคลื่อนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน จังหวัดสุโขทัย
2) ศึกษาสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่นำร่อง อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย
3) วิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดการประเมินผลนโยบายสาธารณะเพื่อพัฒนาข้อเสนอ
4) สร้างรูปแบบการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย
5) ตรวจสอบรูปแบบการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย
6) ทดลองใช้รูปแบบการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย
7) นำรูปแบบการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ไปใช้นิเทศ ติดตาม กำกับดูแล และประเมินผลการขับเคลื่อนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ในปีนี้และในปีถัดไปอย่างต่อเนื่อง
8) นำรูปแบบการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการขับเคลื่อนโยบายคนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคน อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ไปขยายผลยังอำเภออื่น ๆ ในปีนี้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 แสดงขั้นตอนการพัฒนาข้อเสนอ

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น	แนวทางแก้ไข
ด้านความเข้าใจและการไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีถ่ายทอดการนำรูปแบบฯ ไปใช้อย่างเป็นระบบ สร้างความเข้าใจถึงเหตุผลที่มีการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำหรือทำความเข้าใจกับผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงาน สนับสนุนคู่มือและแนวทางการดำเนินงาน และติดตามความถูกต้องในการดำเนินงาน ตลอดจนติดตามความคืบหน้าของปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลในการนำรูปแบบฯ ไปใช้
ด้านสมรรถภาพขององค์กร ความร่วมมือ และการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง อาจจะเกิดจากการขาดการประสานงานและการประสานความคิดของหน่วยภายนอกที่เกี่ยวข้อง	ควรเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนารูปแบบฯ ให้มีความเข้มแข็งเพื่อเป็นพลังขับเคลื่อนสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้
ด้านการควบคุม อาจจะเกิดจากความสามารถของหน่วยงานที่ปฏิบัตินำรูปแบบฯ ไปใช้	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลด้วยการตรวจเยี่ยมเสริมพลัง การนิเทศติดตาม หรือการตรวจราชการจากหน่วยงานที่เหนือกว่าอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น	แนวทางแก้ไข
ด้านงบประมาณในการขับเคลื่อนรูปแบบฯ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในภาคสาธารณสุขและนอกภาคสาธารณสุขควรมีบทบาทหน้าที่ในการร่วมพัฒนารูปแบบฯ ร่วมวางแผนการพัฒนา ร่วมสนับสนุนและบริหารงบประมาณ ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตาม ร่วมประเมินผล และร่วมรับผิดชอบรูปแบบฯ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน มีคุณภาพ และปลอดภัย

๔.๒ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่เป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

๔.๓ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

๔.๔ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว ใกล้บ้าน ลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๒ประชาชนมีหมอประจำตัวสามคน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

๕.๓ประชาชนได้รับบัตรแนะนำตัวหมอประจำตัวสามหมอ ร้อยละ ๑๐๐

๕.๓ประชาชนรับรู้บทบาทสามหมอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๔ประชาชนมีการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๕ประชาชนมีความมั่นคงด้านสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๖ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

ลงชื่อ .....

(นายบุญสืบ เปรมศรี)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๑๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมการดื่มใน ผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑๒ สัปดาห์

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับหลักการบำบัดรักษาผู้ติดสุราด้วยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมดังนี้คือ

การดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ส่งผลให้เกิดอันตรายและเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับต้น ๆ ต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลกและมีผลกระทบโดยตรงต่อเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนขององค์กรอนามัยโลก (SDGs) รวมถึงเป้าหมายด้านสุขภาพแม่และเด็ก โรคติดเชื้อ (เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ วัณโรค) โรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต การบาดเจ็บและภาวะเป็นพิษ (WHO, ๒๐๑๘) จากการสำรวจแห่งชาติเกี่ยวกับการใช้ยาและสุขภาพ (NSDUH) ปี ๒๐๑๙ ประเทศสหรัฐอเมริกาประชาชนที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๘๕.๖ ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ ๖๙.๕ ดื่มในปีที่ผ่านมา และร้อยละ ๕๔.๙ ดื่มในเดือนที่ผ่านมา (ชายร้อยละ ๕๙.๑ หญิงร้อยละ ๕๑.๐ (National Alcohol Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, ๒๐๒๑) การดื่มสุรามีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้ดื่มทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในด้านสังคมผู้ติดสุรามักบกพร่องในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ทั้งบทบาทในครอบครัว หน้าที่การงานและบทบาทต่อสังคม มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อสุราและการขาดรายได้ เพราะปฏิบัติหน้าที่การงานได้ลดลง นอกจากผลกระทบที่เกิดกับตัวผู้ดื่มโดยตรงแล้ว การดื่มสุรายังเกิดผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งครอบครัวที่ดื่มสุรามีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวมากกว่าครอบครัวที่ไม่ได้ดื่มสุราถึง ๓.๘๔ เท่า

พฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ ๑.๗ ต่อปี แสดงให้เห็นว่ามีผู้ดื่มสุราที่เป็นนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ผลการสำรวจพฤติกรรมดื่มสุราของประชากรไทยอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากร (ร้อยละ ๔๗.๙) ไม่เคยดื่มสุราเลยในชีวิต ในขณะที่ประชากรร้อยละ ๓๒.๓ ดื่มสุราใน ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และในกลุ่มนี้จัดเป็นผู้ดื่มสม่ำเสมอ ร้อยละ ๔๒.๔ และเคยดื่มหนักหรือดื่มปริมาณมากในครั้งเดียวร้อยละ ๔๓.๒ นั่นหมายความว่าแม้ประชากรไทยเกือบครึ่งหนึ่งไม่เคยดื่มสุราเลยในชีวิต แต่ในผู้ที่ดื่มปัจจุบันเกือบครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่ดื่มประจำและ/หรือดื่มหนักเป็นครั้งคราว ซึ่งลักษณะการดื่มดังกล่าวส่งอันตรายต่อสุขภาพทั้งแบบเรื้อรัง เช่น โรคตับ มะเร็งช่องปากและคอ หรือแบบเฉียบพลัน เช่น อุบัติเหตุ ตับอ่อนอักเสบ เป็นต้น ส่วนผลกระทบต่อสังคมการดื่มสุราก่อให้เกิดเหตุจราจร ปัญหาอาชญากรรม การทารุณกรรมทางเพศ การฝ่าฝืนกฎหมายในรูปแบบต่างๆ และยังก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจโดยรวม ซึ่งพบว่าค่าเสียหายรวมรายจ่ายของรัฐจากอาชญากรรมและความรุนแรงที่มีสาเหตุจากการดื่มสุราคิดเป็นจำนวนหลายล้านบาทต่อปี ผลการดื่มสุราในปริมาณที่มากและดื่มนานติดต่อกันเป็นปีหรือหลาย ๆปีเป็นเหตุกระตุ้นส่วนหนึ่งทำให้เกิดโรคที่สำคัญของอำเภอบ้านด่านลานหอย เช่น ศีรษะได้รับบาดเจ็บ หลอดเลือดสมอง การพยายามฆ่าตัวตาย ฆ่าตัวตาย เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว โรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น สถิติของผู้ป่วยที่มารับการบำบัดที่คลินิกยาเสพติดและดื่ม

สุรา โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย ระหว่าง ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ เท่ากับ ๓๘, ๙๒, ๗๖, ๗๔ และ ๗๕ ราย ตามลำดับ ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอยมีรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยดื่มสุราในคลินิกเลิกสุราหลายแบบ เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล และแบบรายกลุ่ม แต่พบว่าแนวโน้มของผู้ดื่มสุรายังไม่ลดลง

พฤติกรรมการดื่มสุราที่เป็นปัญหาเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคว่าเป็นความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) และสมควรได้รับการดูแลช่วยเหลือในคนไทยนั้น จากผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปีพ.ศ. ๒๕๕๖ พบความชุกในปัจจุบันหรือความชุกในช่วง ๑ ปี (one year prevalence) ร้อยละ ๓.๕ คาดการณ์เป็นประชากร ๒.๗ ล้านคน แต่กลับพบผู้มีปัญหาการดื่มสุราเข้ารับบริการตามฐานข้อมูลสุขภาพ ๔๓ แฟ้มในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เพียง ๑๖๘,๗๙๒ คน คิดเป็นอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ ๖.๑๓ แสดงให้เห็นถึงช่องว่างของการเข้ารับบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่สูงมาก ทั้งที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงวิธีการค้นหาผู้มีปัญหาการดื่มสุราและวิธีการช่วยเหลือเพื่อลดอันตรายจากการดื่มที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าประสิทธิผลชัดเจนทั่วโลก

พยาบาลมีหน้าที่โดยตรงกับผู้ป่วยและผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติทั้งด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นผู้ให้ข้อมูลและคำแนะนำก่อนกลับบ้าน ประสานงานในการส่งต่อ การนัดและการติดตามเยี่ยมเพื่อการฟื้นฟูสภาพเพื่อประเมินความต่อเนื่องของการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังทำหน้าที่หลักในการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยที่มารับการบำบัดที่คลินิกยาเสพติดและดื่มสุราที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ผู้ขอเสนอในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีปัญหาการดื่มสุรา โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยที่รับการบำบัดยาเสพติดและดื่มสุราที่เกิดขึ้นจึงได้ จัดทำโครงร่างการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งการแก้ไขปัญหาการดื่มสุรานี้มีสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนขององค์กรอนามัยโลก (SDGs) ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานการให้บริการผู้ดื่มสุราต่อไปให้มีคุณภาพและความก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีปัญหาการดื่มสุราดีขึ้นกว่าเดิม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy :CBT) เป็นการบำบัดทางจิตที่ช่วยลดปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมโดยการปรับเปลี่ยนความคิดที่บกพร่องหรือความคิดที่ไม่ถูกต้องและความเชื่อที่ผิดปกติ (the faulty or erroneous thinking and maladaptive beliefs) แนวคิดดังกล่าวมีความเชื่อว่าความคิดที่ไม่เหมาะสม (dysfunctional thinking) ทำให้มีผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชเกือบทั้งหมดจะมีลักษณะความคิดที่บิดเบือนไป ดังนั้นแนวทางในการบำบัดคือ ถ้าสามารถประเมิน (evaluate) อาการเกี่ยวกับอารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) โดยการทำให้เขาเข้าใจก่อนว่า มีความคิดที่ ไม่เหมาะสม (dysfunctional thinking) อย่างไร หลังจากนั้นให้ประเมินและแก้ไขให้ดีขึ้น เบ็ค (Beck, ๑๙๙๕) กล่าวว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการรักษาที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม ซึ่งในการรักษาโดยวิธีนี้ผู้บำบัดทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจรูปแบบต่างๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ

ประกอบกับการให้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการบ้าน เพื่อช่วยให้เขาประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติของตนเอง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มุ่งความสนใจที่ความคิดที่ไม่เหมาะสม (dysfunctional thinking) โดยเฉพาะโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่ไม่เหมาะสม และการที่คนมีความเชื่อความคิด หรือมีพฤติกรรมอย่างไรนั้น เกิดจากการที่บุคคลเติบโตหรือมีประสบการณ์มาอย่างไร ความคิดที่ไม่เหมาะสม (dysfunctional thinking) ในระดับของความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) หากสามารถเข้าใจและปรับแก้ได้พฤติกรรม สรีระ และอารมณ์ก็จะดีขึ้นแต่ถ้าหากแก้ไขได้ในระดับของความเชื่อในระดับลึกก็ยิ่งจะทำให้อาการดีขึ้นอย่างคงทนถาวร การบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) นั้นเน้นหลักการในการบำบัดโดยใช้รูปแบบของการคิด (cognitive model) มาใช้กับผู้ป่วยให้เข้าใจโรคหรือปัญหาของตนเอง ทั้งนี้ในคนแต่ละคนเมื่อพบเหตุการณ์ก็จะมีวิธีคิดและตีความแตกต่างกันไป (Beck, ๑๙๙๕) หากมีวิธีการคิดที่ไม่เหมาะสม จะกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบ และไม่สบายใจ อันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การดื่มแอลกอฮอล์ การถอยหนีและทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น การคิดที่บิดเบือนเหล่านี้เป็นการคิดที่ขาดเหตุผล เช่น ลักษณะการคิดแบบขาวกับดำหรือบวกกับลบไปหมด และการคิดแบบไม่แยกแยะเรื่องราว การเดาใจผู้อื่นการมองอย่างไม่ครอบคลุมทุกด้าน เป็นต้น การรักษาจะช่วยสอนให้ผู้ป่วยรู้จักจำแนกการนึกคิดที่ผิดพลาด ยอมรับและแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่สมเหตุสมผล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มาใช้กับผู้ป่วยติดสุราและรับการรักษา โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย ยังทำไม่เต็มรูปแบบและไม่มีความต่อเนื่อง ผู้ขอเสนอได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ใช้กันอย่างแพร่หลายในโรงพยาบาลหลายแห่งทั่วประเทศ และมีผลการวิจัยหลาย ๆ การวิจัยพบว่าประสบความสำเร็จดี ผู้ขอเสนอจึงมีความสนใจที่นำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ผู้ขอเสนอประยุกต์ขึ้นตามแนวคิดของเบ็ค ไปใช้กับผู้ป่วยติดสุราและรับการรักษา โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย ซึ่งผู้ขอเสนอคาดว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยติดสุราและรับการรักษา โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย สามารถค้นพบปัญหาด้วยตนเอง สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการมีส่วนร่วมที่จะเลือกการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมกับตนเอง เพื่อที่จะสามารถดูแลและควบคุมตนเองได้อย่างมั่นใจและเกิดความยั่งยืนในการดูแลและควบคุมตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการลดภาระให้ครอบครัวและสังคมและส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นต่อไป

๓.๒ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ผู้ขอเสนอมีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดสุราระยะเวลา ๒๒ ปี

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับนานาชาติ และระดับประเทศ

๔.๒ ประชุมภายในหน่วยงานเพื่อปรึกษาหารือและวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๔.๓ ผู้เสนอจัดทำโครงร่างการวิจัย เพื่อขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการ

๔.๔ ดำเนินการวิจัยหลังจากได้รับการอนุมัติให้ทำวิจัยแล้ว

๔.๕ สรุปผลการวิจัย นำเสนอผลการวิจัย เผยแพร่งานวิจัยในช่องทางต่าง ๆ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ ผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จำนวน ๖๐ คน ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงร้อยละ ๘๐

เชิงคุณภาพ ผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดฯ

๖.การนำใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย โดยกระบวนการวิจัย โดยใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง

ผลกระทบที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยติดสุรามีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจน ครอบครัว ชุมชน และสังคม มีประชากรที่มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น

๗.ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของการทดลอง เนื่องจากปัญหาการติดสุรามีปัจจัยหลายประการ ไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่มีปัจจัยอื่น ๆ ด้วย เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว ชุมชน และสังคม ค่านิยม ประเพณีและวัฒนธรรมของประชาชน ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดื่มสุราทั้งสิ้น เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยติดสุรามีปัญหาครอบครัว

๘.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง จะพบปัญหาการถอนตัวออกจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างซึ่งอาจจะทำการแก้ไขโดยการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๑๐ เพื่อให้การวิจัยสามารถเปรียบเทียบวิเคราะห์ทางสถิติ

๙.ข้อเสนอแนะ

- ควรทำการศึกษาวิจัยในระยะที่ยาวนานเพิ่มขึ้นกว่าเดิม เช่น ๖ เดือน หรือ ๑ ปี เพื่อติดตามความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการทำวิจัย

- ควรทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรอื่น ๆ เช่น การควบคุมป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ เป็นต้น

๑๐.การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ยังไม่มีการเผยแพร่งานวิจัยใด ๆ เนื่องจากอยู่ในระยะขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสุชีรา อรัญทิมา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่).....๑๘...../.....พ.ค...../.....๒๕๖๕.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนของผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสุชีรา อรัญทิมา	๙๐ %	
นางสาวสยุมพร จันทร์งาม	๑๐ %	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายศักดิ์สิทธิ์ บ่อแก้ว)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย

(วันที่).....๑๘ พ.ค. ๒๕๖๕...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

๒. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

(✓) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

( ) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ).....

(นายปองพล วรปาณิ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

(วันที่) 18 / พ.ค. / 2565

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การควบคุมป้องกันนักดื่มวัยรุ่นหน้าใหม่เชิงรุก โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ

๒. หลักการและเหตุผล

วัยรุ่นคือบุคคลที่มีอายุระหว่าง ๑๐ -๑๙ ปี วัยรุ่นทั่วโลกส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง แต่ยังพบอัตราการตาย การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันเกิดจากผลของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันหรือการใช้ความรุนแรง สำหรับประเทศไทยพบปัญหาอัตราการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงแต่การดื่มสุรากลับเพิ่มขึ้น โดยนักดื่มปัจจุบันที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี พบร้อยละ ๑๘.๐๖ ของผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีทั้งหมด พบว่าวัยรุ่นเริ่มดื่มครั้งแรกมีอายุเฉลี่ย ๑๕.๑๓-๑๕.๔๑ ปี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นประกอบด้วย ปัจจัยภายในได้แก่ ทัศนคติการดื่ม การอยากรู้อยากลอง ความเครียด และการพิสูจน์ตัวตน และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย แรงสนับสนุนบริบททางสังคมที่มีบุคคลใกล้ชิดดื่มทั้งคนในครอบครัว และเพื่อน และบรรทัดฐานทางสังคม อิทธิพลของเพื่อน และสื่อโฆษณา วัยรุ่นที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีอายุ ๑๕ ปีนั้นมักจะมีแนวโน้มเป็นผู้ติดแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำเมื่อมีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป

ผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นนั้นมีทั้งการบาดเจ็บ เสียชีวิต การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนมัธยมปลายมีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านการเรียน จากการทบทวนวรรณกรรม การป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น สามารถสรุปเป็น ๔ ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียนและชุมชน โดยการป้องกันระดับบุคคลนั้นมีลักษณะกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งตัววัยรุ่นเอง และร่วมเรียนรู้กับกลุ่มเพื่อน การปรับทัศนคติ สร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าตนเอง และทักษะการปฏิเสธ จะทำให้เกิดความยั่งยืนในการลดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งจะช่วยป้องกันปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ระดับครอบครัว พบว่าการดูแลเด็กของครอบครัวเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องเลี้ยงดูด้วยความอบอุ่น การสอนที่เข้าใจ การเป็นแบบอย่างที่ดี และการพูดคุยกันระหว่างผู้ปกครองด้วยกัน ระดับโรงเรียน พบว่าหากปรับการเรียนการสอนเรื่องของโทษการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ยังเด็ก การมีกฎระเบียบ การเป็นแบบอย่างที่ดีของครู ระดับชุมชน ได้แก่ มีการอบรมสั่งสอนจากคนในชุมชน กิจกรรมรณรงค์ในชุมชนเพื่อลดโอกาสของการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสร้างกฎกติกาของชุมชนให้มีความเข้มงวดในการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเป็นแบบอย่างที่ดีของผู้ใหญ่ในชุมชน โดยการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารของโรงเรียน ครู ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และวัยรุ่น เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

ปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นับเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้บริโภคครอบครัว สังคม รวมไปถึงส่งผลกระทบในระดับประเทศ วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยกำลังเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบต่างๆ ที่เกิดจากปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจุบันนักดื่มหน้าใหม่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเยาวชนหรือวัยรุ่น การแก้ไขปัญหาและการป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบในอนาคตจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น อีกทั้งต้องมีมาตรการป้องกันและควบคุมสิ่งแวดล้อมของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แนวคิด/ข้อเสนอ

จากความสำคัญของปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ขอเสนอแนวคิด/ข้อเสนอแนวทางการควบคุมป้องกันนักดื่มหน้าใหม่เชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและโรงเรียน

๑. ให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ให้เหมาะสมตามความแตกต่างของวัย โดยมุ่งเน้นไปที่ความต้องการในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละวัย ทั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อไม่ให้มีการเริ่มต้นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และชะลอการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกของวัยรุ่น รวมถึงการลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งนี้โปรแกรมการจัดการศึกษาครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

๑.๑ การส่งเสริมให้ความรู้ที่เกี่ยวกับความหมาย ชนิด ประเภท และ คุณสมบัติด้านการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ด้านสาเหตุ ด้านโทษ ผลกระทบ ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลทั้งทางร่างกาย จิตใจสังคม รวมไปถึงผลกระทบทางด้านกฎหมาย นอกจากการส่งเสริมให้ความรู้แล้วสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่สามารถช่วยป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นได้ ดังผลการวิจัยของอัจฉรา มูลรัตนา, วีณาจีระแพทย์ และ นรลักขณ์เอื้อกิจ ที่ระบุว่าพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของวัยรุ่นตอนต้นหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และนอกจากนั้นยังพบว่าโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจจูงใจให้วัยรุ่นตอนต้นปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ สร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตอนต้นสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ

๑.๒ การสำรวจทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยวิธีการค้นหาความคิด ทัศนคติและการรับรู้ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น เนื่องจากความคิดและทัศนคติ สามารถกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดความอยากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ถึงแม้ว่าไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก่อนเลยก็ตาม นอกจากนี้ในการศึกษาของ สวรรยา สิริภคมงคล และคณะ แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่า การมีทัศนคติทางบวกต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนดำเนินการเกือบร้อยละ ๗๐ หลังดำเนินการทันทีเพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๐.๔ และหลังดำเนินการ ๓ เดือนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๙๐.๒ ตามลำดับ

๑.๓ การพัฒนาทักษะที่เกี่ยวกับการตัดสินใจการยืนหยัดการรับมือและการจัดการกับปัญหา การปลูกฝังทักษะการคิดเพื่อชีวิตที่ประสบความสำเร็จซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมโยงการคิด ความรู้สึก และการกระทำ เช่น การยับยั้งชั่งใจการคิดไตร่ตรอง การควบคุมอารมณ์รวมไปถึงการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ซึ่งถือเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นเกิดความตระหนักรู้ในตนเอง ตระหนักรู้ถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยังสามารถหาวิธีหลบหลีกและควบคุมให้ตนเองพ้นจากการเป็นนักดื่มหน้าใหม่ได้ซึ่งผู้ปกครอง และคุณครูสามารถปลูกฝังทักษะการคิดให้วัยรุ่นได้ง่าย ๆด้วยหลัก ๓ รัก ซึ่งจะทำให้เด็กตระหนักถึงการรักตนเอง รักคนอื่น (พ่อ แม่ และผู้ปกครอง) และรักดีซึ่งหมายถึงการรู้ถึงหน้าที่วัยเด็กอย่างที่ควรจะเป็นและจะทำให้วัยรุ่นห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเองได้ในที่สุด นอกจากนั้นการมีทักษะปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็เป็นสิ่งสำคัญ ทักษะปฏิเสธสำหรับวัยรุ่นที่ใช้แล้วได้ผลทั้งในกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่เคยมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และกลุ่มวัยรุ่นที่เคยดื่มแอลกอฮอล์และเลิกดื่มแล้ว ได้แก่การปฏิเสธแบบผัดผ่อน เช่น “เอาไว้โอกาสหน้า”“ขอบคุณมากวันนี้ไม่สะดวก”เป็นต้นและการปฏิเสธโดยการให้เหตุผล เช่น “ไม่ดื่มเพราะต้องรีบกลับบ้าน” และเมื่อปฏิเสธแล้วควรกระทำจริงตามคำปฏิเสธ ซึ่งเมื่อปฏิเสธเป็นประจำเพื่อน ๆ ก็จะไม่กล้าชวนอีก

๑.๔ การพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูงมีโอกาสเสี่ยงที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าวัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ ดังนั้นการพัฒนาการความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้กับวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญอีกประการซึ่งมีแนวทางคือ การเพิ่มประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จให้กับวัยรุ่นโดยการใช้ตัวแบบและการใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์ควบคู่กันไป สิ่งสำคัญของการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นนั้น ผู้ปกครองและครูอาจารย์ควรกระทำอย่างสม่ำเสมอและต้องอาศัยระยะเวลา สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักอยู่เสมอคือการตระหนักในทุกการกระทำ ทุกคำพูดของตนเอง เนื่องจากจะส่งผลต่อความรู้สึกและจิตใจของเด็กวัยรุ่น

๑.๕ การพัฒนาความตระหนักรู้โดยให้วัยรุ่นได้ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สื่อโฆษณา เพื่อน หรือแม้แต่สมาชิกในครอบครัว เพื่อป้องกันไม่ใช้เกิดพฤติกรรมการดื่มสุรา เนื่องจากเมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะด้านครอบครัวและด้านเพื่อนกับพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชน ในเขตกรุงเทพตะวันตกและปริมณฑลพบว่าพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบิดา มารดาและพี่น้อง รวมถึงการมีเพื่อนที่ชอบดื่ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาด้วยเช่นกัน

๒. การส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ที่มีส่วนในการดูแลวัยรุ่น ซึ่งได้แก่ ครูในโรงเรียน และครอบครัวของวัยรุ่นเพื่อให้เข้าใจถึงพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๓. ให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือที่จะช่วยพัฒนาทักษะการเลี้ยงดูรวมไปถึงทักษะการจัดการกับปัญหา ทักษะในการสื่อสารและการจัดการสัมพันธภาพเพื่อลดความกดดันระหว่างผู้ปกครองกับวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและมีความผูกพันกันน้อยก็จะมีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นเช่นเดียวกับวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและมีความผูกพันกันมากก็จะมีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. การรณรงค์/ให้ความรู้แก่ ร้านค้ารอบ ๆ ชุมชนที่วัยรุ่นอาศัยอยู่ให้ทราบถึงระเบียบข้อบังคับของกฎหมาย เนื่องจากกฎหมายมีการกำหนดเวลาในการดื่มและกำหนดอายุของนักดื่ม หากร้านค้าไม่ปฏิบัติตามแนวทางของกฎหมาย จะส่งผลให้การควบคุมป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ไม่ประสบผลสำเร็จ

๒.การแก้ไขอย่างบูรณาการ โดยความร่วมมือระหว่าง โรงพยาบาล โรงเรียน ครอบครัวและชุมชุม จึงจะสามารถควบคุมป้องกันปัญหานักดื่มหน้าใหม่ได้อย่างยั่งยืน หากปราศจากการทำงานแบบบูรณาการแล้วจะทำให้การดำเนินงานไม่สบความสำเร็จ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. โรงเรียน ชุมชน ครอบครัว มีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันนักดื่มวัยรุ่นหน้าใหม่

๒. นักดื่มวัยรุ่นหน้าใหม่มีจำนวนลดลง

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. โรงเรียนมัธยมศึกษาในเขต ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย มีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันนักดื่มวัยรุ่นหน้าใหม่ร้อยละ ๘๐

๒. ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย มีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันนักดื่มวัยรุ่นหน้าใหม่ร้อยละ ๘๐

๓. ตัวแทนครอบครัวของเด็กวัยรุ่นอายุ ๑๐ -๑๙ ปี มีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันนักดื่มวัยรุ่นหน้าใหม่ร้อยละ ๘๐

๔. นักดื่มวัยรุ่นหน้าใหม่ มีจำนวนลดลงร้อยละ ๕๐

(ลงชื่อ).....

(นางสุชีรา อรัญทิมา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่).....๑๘...../....พ.ค...../.....๒๕๖๕.....

ผู้ขอประเมิน

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ - ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย พฤษภาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566
- ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล มิถุนายน 2565 ถึง กันยายน 2565

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคเบาหวาน

1. ชนิดของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 4 ชนิด ตามสาเหตุของการเกิดโรค คือ

1.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes mellitus: T1DM) เกิดจากการทำลาย เบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจากภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยผ่านขบวนการ Cellular-mediated ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อย รูปร่างผอม มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลดสามารถเกิดได้อย่างรวดเร็ว (มักพบในวัยเด็ก) ซึ่งในบางกรณีพบภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (ketoacidosis) เป็นอาการแสดงแรกของโรค มีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ จากระดับน้ำตาลที่สูง ปานกลางแล้วเกิดภาวะ ketoacidosis เมื่อมีการติดเชื้อหรือสิ่งกระตุ้นชนิดอื่น ซึ่งมักจะพบการดำเนินโรค ในกรณีหลังนี้ในผู้ใหญ่

1.2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus, T2DM) เป็นโรคเบาหวานชนิดที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยเบาหวานประเทศไทย ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ร่วมกับภาวะบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม (relative insulin deficiency) มักพบในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป มีรูปร่างท้วมหรืออ้วน ซึ่งอาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาการแสดงของโรคเบาหวานได้ มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อ แม่ หรือ พี่ น้อง โดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้ พบมากเมื่อ มีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การขาดการออกกำลังกาย และพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

1.3 โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus: GDM) เกิดจากการที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ จากปัจจัยจากรก หรืออื่น ๆ และตับอ่อนของมารดาไม่สามารถผลิตอินซูลินให้เพียงพอกับความต้องการได้ สามารถตรวจพบ จากการทำ oral glucose tolerance test (OGTT) ในหญิงมีครรภ์ในไตรมาสที่ 2 หรือ 3 โดยจะตรวจที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์

1.4 โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (Other specific types) เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมเช่น MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อจากยา จากการติดเชื้อจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง ๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรคหรือกลุ่มอาการนั้น ๆ หรือมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดเบาหวาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเช่นเดียวกับภูมิภาคอื่นของโลกโดยเป็นสาเหตุ 10 อันดับแรกของการตาย การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร และภาวะโรคหรือปีสุขภาวะที่สูญเสียไปเพราะการเจ็บป่วย (Disability-adjusted Life Years หรือ DALYs) ในเพศชายและหญิง สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังจำนวน 1 ใน 5 โรคที่ต้องมีการเฝ้าระวัง (โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง) (วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2560) สถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 4,000,000 ต่อปี เฉลี่ย 8 วินาทีต่อ 1 คน สำหรับผู้เป็นเบาหวานพบมากกว่า 300,000,000 คน และพบว่าคนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้สูง 10-20 ปี โดยพบมากขึ้นในวัยทำงาน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความซับซ้อนที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง การลดความเสี่ยงของการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น ต้องทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการความรู้หรือการดูแลสุขภาพตนเองและบุคลากรสุขภาพให้การสนับสนุนหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะเฉียบพลันและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว เพราะเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลกเป็นภัยคุกคามที่ลุกลามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลกส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างมาก จากสถิติของสมาพันธ์เบาหวานโลก (International Diabetes Federation: IDF, 2014) สมาคมโรคเบาหวานอเมริกัน (American Diabetic Association : ADA, 2017)

สำหรับประเทศไทยจากรายงานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศใน พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 8.80 , 15.48 และ 19.59 ตามลำดับ ข้อมูลของสำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยใน พ.ศ. 2556 พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายของประชาชนไทยในเพศชายเป็นอันดับที่ 8 เพศหญิงอันดับที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 4.1 และ 8.7 ตามลำดับและการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากร ไทยในเพศชายเป็นอันดับที่ 7 เพศหญิงอันดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 3.9 และ 7.9 และข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปี 2557 พบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานเฉลี่ย 1,172 บาท/ราย ส่วนผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 10,217 บาทต่อราย รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 3,984 ล้านบาทต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานรวม 3 ล้านคนต่อปีมารับบริการที่สถานพยาบาลจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 47,596 ล้านบาทต่อปี (ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวาน โลกปี 2559 กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค 2559) จากสถิติผู้เป็นเบาหวานทั่วโลก 387 ล้านคนในปี 2557 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 592 ล้านคนในอีก 20 ปี

นอกจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแล้ว ยังพบว่า ระหว่างปี 2541-2555 อัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานในประชากรอายุปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 219.6 เป็น 13,126 รายต่อประชากรแสนคน โดยอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลนี้ถือเป็นร้อยละ

29.9-68.4 (เฉลี่ยร้อยละ 40.6) ของอัตราป่วยจากการเฝ้าระวังโรคที่รายงานโดยสำนักงานระบาดวิทยา องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในช่วงปี 2543-2555 ค่าอัตราตายปรับตามมาตรฐานอายุ (Age Standardized Mortality) จากโรคเบาหวานของประชากรไทยค่อนข้างคงที่หรือลดลงเล็กน้อยในเพศชายแต่มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนในเพศหญิง อัตรานี้คิดเป็นประมาณร้อยละ 0.4-1.0 (เฉลี่ยร้อยละ 0.6) ของอัตราป่วยและร้อยละ 1.1-5.2 (เฉลี่ยร้อยละ2.8) ของการนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานจากการวิเคราะห์ในรายละเอียดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์ อัตราการป่วย อัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลและอัตราตายด้วยโรคเบาหวานและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยวิโรจน์ เจียมจรัส รังษี (2560) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ของอัตราการป่วย อัตราการตายและอัตราการนอนโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กันก็ตาม แต่พบว่ามีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน คือการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน (r=0.51, P= .04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเพิ่มขึ้นของ สัดส่วนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 35 ปีขึ้นไป และ 50 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์เพียงระดับน้อยถึงปานกลางกับอัตราตาย (r=0.37 ถึง 0.41, p=.11 ถึง .14) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มอายุ 15-50 ปี

สำหรับข้อมูลในประเทศไทย การศึกษาความชุกของโรคเบาหวาน ใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชน โดยการตรวจร่างกายใน พ.ศ. 2552 เป็นปีสถานการณ์อ้างอิงในการกำหนดเป้าหมาย พ.ศ. 2568 ตามเป้าหมายระดับ โลกในการควบคุม และป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease: NCDs) โดยกำหนดให้ความชุกของโรคเบาหวาน และภาวะอ้วนในประชากรอายุ ตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปต้องไม่เพิ่มขึ้น สถานการณ์โรคเบาหวานจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่า ความชุกของผู้มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดปกติและโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีค่าเท่ากับร้อยละ 69 ทั้งใน พ.ศ. 2552 แต่ในสถานการณ์ พ.ศ. 2557 มีการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89 ดังนั้น จะเห็นว่าแนวโน้มที่ประเทศไทยจะบรรลุตามเป้าหมายโลกใน พ.ศ.2568 นั้น ต้องมีการดำเนินมาตรการต่าง ๆ อย่างเคร่งครัดเพื่อให้ความชุกของโรคเบาหวานไม่เพิ่มขึ้นและคงที่ที่ร้อยละ 6.9 (รายงานสถานการณ์โรค NCDs, 2560) สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดสุโขทัย มีอัตราความชุก ในปี 2562-2564 คือ 10.2 10.4 และ 10.6 โดยมีแนวโน้มที่สูงขึ้น และพบว่ามีอัตราความชุกมากกว่าระดับเขตและประเทศ สำหรับอำเภอศรีสัชนาลัย มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานปี 2562-2564 ได้แก่ 6,046 , 6,226 และ 6,295 รายตามลำดับ โดยปัญหาโรคเบาหวานในพื้นที่ที่สำคัญในอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน การไม่ควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการจัดการด้านยาที่ไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง (กรรณิการ์ ยิ่งยืน และนงลักษณ์ มธากาญจนศักดิ์, 2559)และโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้และจัดการตนเองได้ดีขึ้นส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มลดลง (นันทกัส พีระพฤฒิพงศ์ และคณะ, 2557) การวิจัยครั้งนี้จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย

จังหวัดสุโขทัย โดยใช้แนวคิดของ Kanfer (1991) และ Creer (2000) ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อมุ่งให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดปัญหาโรคแทรกซ้อนได้

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.2.1 เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2

4.2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านอาหารและการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2

4.2.3 เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านอาหารและการรับประทานยาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2

4.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

4.3.1 ผู้เป็นเบาหวานสามารถจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

4.3.3 เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหาร โรงพยาบาลในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

4.3.4 เพื่อเป็นข้อมูลให้กับพยาบาลวิชาชีพในการทำวิจัยหรือพัฒนาโปรแกรมเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2

4.4 ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบกัน (Two groups compare) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมากกว่า 7% จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ที่มาเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2565 ถึง กันยายน 2565

ขอบเขตด้านพื้นที่ ศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 60 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย พฤษภาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล มิถุนายน 2565 ถึง กันยายน 2565

4.5 นิยามศัพท์

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองหรือ มีการดำเนินการอย่างมีแบบแผนที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ให้มีความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (สุภาพร เพ็ชรอาวุธ, 2553) โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองและการกำกับตนเองของ Kanfer (1999) และ Creer (2000) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมประกอบไปด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและการประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การสะท้อนตนเอง 7) การติดตามตนเอง 8) การแสริมแรงตนเอง และ 9) การประเมินผล โดยมีความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Diabetic Self-Management Behavior)หมายถึง กรปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ด้วยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการใช้ยาที่ถูกต้อง

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การเลือกชนิดของอาหารที่บริโภคปริมาณอาหารที่บริโภคและความถี่ในการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ จิตรา จันทร์เกตุ, 2556 พฤติกรรมการใช้ยา ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้ยา การปฏิบัติตามหลักการใช้ยา การปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยาหรือการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ (คลี โอพัตรา ไชยศรี,ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา,วิมลรัตน์ ภู่ราวุฒิพานิช และธวัชชัย พีรพัฒน์ดิษฐ์, 2555) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) เป็นค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่จับกับโปรตีนในเม็ดเลือดแดง ซึ่งเป็นตัวบ่งบอกถึงระดับน้ำตาลในเลือดที่สะสมกับมาตลอด 3 เดือนที่ผ่านมา ถ้าได้รับอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลมากเกินความต้องการที่ร่างกายจะสามารถนำไปใช้ก็จะมีน้ำตาลบางส่วนที่เหลือในเลือดไปจับกับเม็ดเลือดแดงโดยสะสมทุก ๆ วันจนมีปริมาณฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (ศูนย์เบาหวานไทรอยด์และต่อมไร้ท่อโรงพยาบาลกรุงเทพ, 2560) หมายถึง ค่าน้ำตาลเฉลี่ย Glycohemoglobin HbA1c เป็นการวัดปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยที่ผ่านมาเป็นระยะเวลา 3 เดือน Glycohemoglobin เป็นภาวะที่น้ำตาลจับกับ Hemoglobin ของเม็ดเลือดแดงคนปกติจะมีค่านี้อยู่ระหว่าง น้อยกว่า 5.7 % (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2560)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้บริการการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ได้แก่ วัดสัญญาณชีพ เจาะ DTX ส่งตรวจเท้าประจำปี ส่งพบแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติรับยาเดิมกลับบ้าน และปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาล ดังนี้ พยาบาลประจำคลินิกทำหน้าที่

เอ วัน ซี เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (ศูนย์เบาหวานไทรอยด์และต่อมไร้ท่อโรงพยาบาลกรุงเทพ, 2560) หมายถึง ค่าน้ำตาลเฉลี่ย Glycohemoglobin HbA1c เป็นการวัดปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยที่ผ่านมาเป็นระยะเวลา 3 เดือน Glycohemoglobin เป็นภาวะที่น้ำตาลจับกับ Hemoglobin ของเม็ดเลือดแดงคนปกติจะมีค่านี้อยู่ระหว่าง น้อยกว่า 5.7 % (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2560)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การให้บริการการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำกับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ได้แก่ วัดสัญญาณชีพ เจาะ DTX ส่งตรวจเท้าประจำปี ส่งพบแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติรับยาเดิมกลับบ้าน และปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาล ดังนี้ พยาบาลประจำคลินิกทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย โดยถ้าระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 126% และความดันโลหิตน้อยกว่า140/90 mmHg. ส่งเข้าพบพยาบาลเวชปฏิบัติที่ห้องตราจรับยาเดิม ทำหน้าที่ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว และให้แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พร้อมกับสมุดบันทึกเบาหวาน กรณีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126% และระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg. ส่งเข้าห้องตรวจแพทย์ โดยจะมีพยาบาลประจำคลินิกให้คำแนะนำการมาตรวจตามนัด แจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและแจกสมุดบันทึกเบาหวาน จากนั้นส่งผู้ป่วยรับยากับเภสัชพร้อมคำแนะนำการรับประทานยาก่อนกลับบ้าน (โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย, 2565)

4.6 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เป็นโรคเบาหวานทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และระยะเวลาที่เป็นไม่เกิน 10 ปี และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กล่าวคือ มีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด มากกว่าร้อยละ 7 หรือมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) มากกว่า 140 mg% ติดต่อกันเกิน 2 ครั้ง ที่เข้ามารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ที่มีระดับค่าเฉลี่ยสะสมน้ำตาลในเลือดมากกว่าร้อยละ 7 มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ตั้งแต่เดือนมิถุนายน – กันยายน 2565 และขึ้นทะเบียนรับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดอำนาจในการทดสอบที่ .90 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และขนาดค่าอิทธิพล .809 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มละ 30 ราย รวม 60 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าร้อยละ 7
2. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
3. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

2. มีภาวะตั้งครรภ์ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม
3. เริ่มต้นรับการรักษาด้วยการฉีดยาอินซูลินระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม
4. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวัดและประเมินค่าทางกายภาพ

1.1.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1.2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง และบันทึกข้อมูลลงในช่องว่าง

1.2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งมีข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจำนวน 22 ข้อ เป็นข้อความที่แสดงถึงการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับดังนี้ คือ

ปฏิบัติทุกวัน	หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารตรงกับข้อความนั้นทุกวัน
ปฏิบัติเกือบทุกวัน	หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารตรงกับข้อความนั้น 4-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางวัน	หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารตรงกับข้อความนั้น 1-3 วันต่อสัปดาห์
ไม่ค่อยปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารตรงกับข้อความนั้น

เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อความเชิงบวก

ข้อความเชิงบวก

ปฏิบัติทุกวัน	ให้คะแนน 3 คะแนน
ปฏิบัติเกือบทุกวัน	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัติบางวัน	ให้คะแนน 1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อความเชิงลบ

ข้อความเชิงลบ

ปฏิบัติทุกวัน	ให้คะแนน 0 คะแนน
ปฏิบัติเกือบทุกวัน	ให้คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติบางวัน	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน 3 คะแนน

1.2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยพัฒนามาจากงานวิจัยของ สาวิตรี นามพะธาย (2561) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา ด้านการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยาหรือจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และด้านการเก็บรักษายา เป็นคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวม 20 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย กำหนดการให้คะแนนในคำถามเชิงบวกเท่ากับ 3-0 และข้อคำถามเชิงลบ คะแนน 0-3 ตามลำดับ คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 0-60 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้หลักสถิติในการแบ่งอันตรภาคชั้น (Class interval) โดยใช้เกณฑ์คะแนนดังนี้

คะแนนมากกว่าร้อยละ 75 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (มากกว่า 45 คะแนน)

คะแนนร้อยละ 50-75 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง (31-45 คะแนน)

คะแนนร้อยละ 25-50 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย (16-30 คะแนน)

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 25 หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับไม่เหมาะสม (น้อยกว่า 16 คะแนน)

1.2.4 แบบประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)

ช่วงคะแนน	การแปลผล
HbA1C น้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์	Good control
HbA1C อยู่ระหว่าง 7-8 เปอร์เซ็นต์	Fair Control
HbA1C มากกว่า 8 เปอร์เซ็นต์	Poor Control

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพัฒนามาจากโปรแกรมจัดการเบาหวานด้วยตนเอง (สาวิตรี, 2561) โดยเป็นใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self- Management) ของ Kanfer, (1999) และ Creer, (2000) ซึ่งในโปรแกรมนี้ประกอบไปด้วยการตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information Collection and Education Subgroup) การเก็บรวบรวมข้อมูลอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Information Processing and

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค่าน้ำตาลสะสมในเลือดซึ่งพัฒนามาจากโปรแกรมจัดการเบาหวานด้วยตนเอง (สาวิตรี, 2561) โดยเป็นใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self- Management) ของ Kanfer, (1999) และ Creer, (2000) ซึ่งในโปรแกรมนี้ประกอบไปด้วยการตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information Collection and Education Subgroup) การเก็บรวบรวมข้อมูลอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Information Processing and Evaluation) จัดกลุ่ม แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกลุ่มเป้าหมาย (Decision Marking and Modify Behavior To The Goal and Group Discussion) การคำนวณอาหาร พร้อมยกตัวอย่างประกอบMeal Planning การติดตามการรับประทานยา (Proper Medication Taking) ให้บันทึกกิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติในแต่ละวัน (Action and Self-Monitoring) ประเมินตนเองในสิ่งที่ปฏิบัติว่าเป็นไปตามที่กำหนดไว้หรือไม่ (Self-Reaction) ประเมินผลหลังการปฏิบัติ (Evaluation and Reinforcement)

2.2 แผนการสอนการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย

2.2.1 สื่อการสอนการนำเสนอภาพนิ่งความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การใช้ยาเบาหวานที่ถูกต้อง การฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2.2.2 เรื่องสาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

2.2.3 อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2.2.4 การรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

2.2.5 การติดตามการตรวจค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

2.3 เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

2.4 สมุดบันทึกเบาหวานเพื่อการดูแลตนเอง เพื่อบันทึกเดือนความจำ เน้นย้ำการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2.5 แผ่นพับ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.6 แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เขียนโครงร่างการวิจัย ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยแล้วผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย และใช้เครื่องมือวิจัยในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน สถิติที่ใช้มี ดังนี้

1. ทดสอบการแจกแจงแบบปกติของตัวแปรตามก่อนทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

2. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่เป็นมาตรานามบัญญัติ (Nominal Scale) มาตราจัดลำดับ (Ordinal Scale) โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi- Square) มาตราอันตรภาคชั้น (Interval Scale) มาตราอัตราส่วน (Ratio Scale) โดยใช้สถิติ t- test

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ภาขในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired t-test

6. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

7.เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ภายในกลุ่มทดลองและกายในกลุ่มควบคุม

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

เชิงคุณภาพ

การนำโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไปขยายผลเพื่อประยุกต์ใช้ในระดับชุมชน

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 นำผลการวิจัยไปใช้เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

6.2 นำโปรแกรมไปใช้สำหรับผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยโรคเบาหวาน สามารถประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อป้องกันและลดการเกิดโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจเกิดขึ้นได้ในหลายปัจจัย และด้วยบริบทที่มีความแตกต่างกันอาจทำให้การปฏิบัติตนในผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

-

9. ข้อเสนอแนะ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับปัจจัยภายใน เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานมีแรงสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเลือด และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

-

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	สัดส่วนของผลงาน	ลายมือชื่อ
1	นางสาววิรัชฎา ดาดาษ	ร้อยละ 90	
2	นางสาวพรรณิภา ไชยดก	ร้อยละ 10	

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาววิรัชฎา ดาดาษ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 17 / 05 / 2565 .

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววิรัชฎา ดาดาษ	
นางสาวพรรณิภา ไชยดก	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายสุทนต์ ทั่งศิริ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย

(วันที่) 17 / 05 / 2565

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

2. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

(✓) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

( ) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ) .....

(นายปองพล วรปาณิ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

(วันที่) 13 / พ.ค. / 2565

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

2. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลกสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ระบุว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกแล้ว 285 ล้านคน ซึ่งหากไม่มีการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 435 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 (World Diabetes Day, 2014) โรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ มากมาย โดยเฉพาะถ้าตรวจพบโรคช้าและควบคุมโรคได้ไม่ดี ระดับน้ำตาลสูงในเลือดนาน ๆ (Aekplakorn W., 2011) ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลจำนวนมาก ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ โรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาเกิดขึ้นร้อยละ 20 ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยหากผู้ป่วยเป็นเบาหวานมาเป็นระยะเวลา 15 ปี จะพบโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 80 และสูญเสียการมองเห็นขั้นรุนแรง ร้อยละ 10 พบความชุกของโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 40 และความชุกของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าร้อยละ 20-30 ความชุกของการตัดเท้าหรือขา ร้อยละ 0.5-2 และสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ได้รายงานว่าในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 4 ล้านคนต่อปี เฉลี่ย 8 วินาทีต่อ 1 คน สำหรับประเทศไทยความชุกของโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับร้อยละ 8.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 82 แสนคน โดยเพศหญิงมีความชุก และอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศชาย ภายหลังจากปี พ.ศ. 2558 ในปี พ.ศ.2561 ผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานครสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 36.5 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเท่านั้น (กรมควบคุมโรค, 2562)

สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดสุโขทัย มีอัตราความชุก ในปี 2562-2564 คือ 10.2 10.4 และ 10.6 โดยมีแนวโน้มที่สูงขึ้น และพบว่ามีอัตราความชุกมากกว่าระดับเขตและประเทศ ถึงแม้โรคเบาหวานจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ป่วยไทยเพียงส่วนน้อยที่สามารถควบคุมระดับ HbA1C ต่ำกว่าร้อยละ 7 โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคมานานมีเพียง 1 ใน 4 รายเท่านั้นที่สามารถควบคุมโรคได้ มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยปัจจัยที่พบในงานวิจัยหลายฉบับ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการควบคุมชนิดและปริมาณอาหารได้ถูกต้องและต่อเนื่อง การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้ มีประสิทธิภาพขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

วิเคราะห์จากผลการศึกษาเรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย" และจากสภาพปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานที่ยังคงมีแนวโน้มที่สูง และคงที่ ขณะที่ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหามาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นสำคัญ และมีความแตกต่างกันระดับบุคคล ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษาสภาพปัญหา และปัจจัยในระดับบุคคล และพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเอง ที่ครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ด้วยตนเอง ภายใต้การสนับสนุนดูแลของครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดความยั่งยืน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จนกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ

แนวคิด

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ และพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนมักเกิดจากการปฏิบัติตนที่เริ่มจากตนเอง ครอบครัว และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ผู้ศึกษาได้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและแนวคิดการจัดการตนเอง มาปรับใช้ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือ กำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงพยาบาลบางแห่ง และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล โอเร็ม อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า "การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี" การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โอเร็ม ใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายมโนทัศน์หลักของทฤษฎี ได้แก่

1) บุคคล เป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง

2) บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง

3) การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิต การพัฒนาการ และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well - Being)

4) การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารที่ซ้ำกันและกัน

5) การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล

6) การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้อยู่ในความปกครองหรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีค่าควรแก่การยกย่องส่งเสริม

2. แนวคิดการจัดการตนเอง (Kanfer&Gaelick-Buys, 1999) แนวคิดการจัดการตนเองมีกิจกรรมที่หลากหลายและมีการนำมาปรับใช้กับโรคเรื้อรังเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นส่วนแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1999) นั้นเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การติดตามตนเอง (Self-Monitoring) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการให้เสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) เป็นแนวคิดการดูแลตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ปัญหาและทักษะการวางแผนจัดการปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการการเจ็บป่วยการจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) การคิดรู้ (Cognitive) และทฤษฎีกาย-จิต (Phycho-Physiological) ซึ่งการเรียนรู้ทางสังคมเป็นการคง ไว้ซึ่งพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ปรับเปลี่ยนได้ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมตนเอง (Self Regulation) (Kanfier & GaelickBuys, 1991)

ข้อเสนอ

จากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและแนวคิดการจัดการตนเอง ผู้วิจัยสนใจที่จะนำมาใช้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ด้วยตนเอง ภายใต้การสนับสนุนดูแลของครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดความยั่งยืน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จนกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ ดังนี้

1. ระดับบุคคล

- บันทึกการรับประทานยาประจำวัน
- ออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร รับบริการตรวจตามนัด
- ตั้งเป้าหมายการลดระดับน้ำตาลทุกเดือน และบันทึกระดับน้ำตาลด้วยตนเอง

2. ระดับครอบครัว (สามี ภรรยา บุตร ญาติฯ)

- ตรวจสอบจำนวนยาคงเหลือรายสัปดาห์
- จัดทำระบบเตือนความจำรับบริการตรวจตามนัด
- ปรับการปรุงอาหาร โดยการ ลดหวาน มัน เค็ม

3. ระดับชุมชน (โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. คณะกรรมการชุมชน/อสม. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

- จัดอบรม Care giver
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- เยี่ยมดูแลรายบุคคลที่บ้าน
- อบรมเสริมความรู้ทักษะการดูแลตนเอง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

4.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน พึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ร้อยละ 60 ขึ้นไป

5.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พึงพอใจต่อรูปแบบ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

5.3 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C <7) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20

(ลงชื่อ) .....

(นางสาววิรัชฎา ดาดาษ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 17/05/2565

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. **ชื่อเรื่อง** ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลก

2. **ระยะเวลาการดำเนินงาน** เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

3. **ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน**

การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ เป็นการดูแลผู้ป่วยขั้นสูงที่ยุ่งยากซับซ้อน ตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล มุ่งให้ผู้ปลอดภัยจากภาวะคุกคาม ให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย ที่ต้องมีการประเมินวินิจฉัยภาวะเสี่ยงในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ที่อาจเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ จำเป็นต้องมีการวางแผนช่วยเหลือเพื่อให้การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่มีการใช้หลักฐานประจักษ์ การดูแลที่เป็นที่น่าเชื่อถือเป็นการบริการพยาบาลเฉพาะทางที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้การค้นคว้าอ้างอิง ตามมาตรฐานงานทางการพยาบาล ร่วมกับต้องใช้การบริหารจัดการทรัพยากรในการดูแลอย่างคุ้มค่า ประยุกต์ให้สอดคล้องกับสภาพการปฏิบัติงาน และจำนวนบุคลากรในหอผู้ป่วยหนัก ของโรงพยาบาลชุมชน

ต้องมีทักษะในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก ให้การดูแลให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ร่วมมือการทำงานประสานงานการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผลดีแก่ผู้ป่วย ด้วยการยึดหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ที่ใช้การประเมินผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ การจัดการอาการรบกวนจากการใช่เครื่องช่วยหายใจ การดูแลความปลอดภัยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากดูแลรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนการใส่เครื่องช่วยหายใจ การให้การดูแลต่อเนื่องภายหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ สร้างความรู้ ความเข้าใจ ฝึกทักษะที่จำเป็น การฝึกหารหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย และครอบครัวที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ด้วยการใช้องค์ความรู้ และศิลปะการดูแลแบบองค์รวมด้วยใจ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ และจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในการบำบัดรักษา ช่วยชีวิตผู้ป่วยระยะวิกฤต โดย

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีโอกาสเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia; VAP) เป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญและพบมากที่สุดในหอผู้ป่วยหนัก สำหรับโรงพยาบาลในประเทศไทย ในหอผู้ป่วยวิกฤต พบอุบัติการณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่าง 2.9-8.0 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบอุบัติการณ์สูงกว่าระหว่าง 5.1-10.5 ครั้งต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เกิดมากในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤติ (Sawawibul et al., 2016) การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทำให้เพิ่มระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราตายของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 60 เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (CDC,2017)

วิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยสามารถป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้หากผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ แนวปฏิบัติการควบคุมการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ของศูนย์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของประเทศสหรัฐอเมริกา คือแนวทางของ Center of Disease Control and Prevention/ NHSN Surveillance. (2017) ซึ่งเรียกย่อๆ ว่า WHAPOProtocol มีองค์ประกอบสำคัญเพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งประกอบด้วย 5 มาตรการ คือ Wean การประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ Hand hygiene การล้างมือ Aspiration precaution การป้องกันการสำลัก Prevention contamination การป้องกันการปนเปื้อน และ Oral care การดูแลช่องปาก

หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลก มีการติดตามข้อมูลตัวชี้วัดการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อลดภาวะการเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ปี 2561-2564 มีอัตราการเกิด 19.64, 16.12, 9.43 และ 13.7ต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ จากการประเมินยังพบว่าการปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามมาตรการ ทั้ง 5 องค์ประกอบยังไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ แนวโน้มจึงยังไม่ลดลง ซึ่งบุคลากรพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ดังนั้นผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญต่อปัญหาดังกล่าว จึงพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับวิชาชีพพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีการใช้หลักฐาน
ทางวิทยาศาสตร์ผ่านการศึกษาวิจัยที่เชื่อถือได้ มาปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมด้วย
5 องค์ประกอบ มีการปรับปรุงเทคนิคการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยปรับปรุงจากผลการประเมินที่ผ่านมา ใช้กิจกรรมตามแนวทาง WHAPO เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ มีเป้าหมายเพื่อลดการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยพยาบาลมีการปฏิบัติตาม และเกิดความพึงพอใจต่อการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ อันเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสวรรคโลกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ และการปฏิบัติของพยาบาลตามแนวทางของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจต่อการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มควบคุม 30 รายได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยทำการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาถึงผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลก

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตาม VAP Bundle "WHAPO" ที่ผ่านการทบทวนการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ผ่าน โดยมุ่งเน้นการปฏิบัติที่ปรับเน้นประเด็นสำคัญ ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ คือ Wean การประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ Hand hygiene การล้างมือ Aspiration precaution การป้องกันการสำลัก Prevention contamination การป้องกันการปนเปื้อนOral care การดูแลช่องปาก ร่วมกับมีการนิเทศหน้างานจากผู้วิจัย และหัวหน้างาน ในช่วงเวลาการ Quick round ผู้ป่วยเวรเช้าที่เน้นการมีส่วนร่วม ให้ข้อเสนอการปฏิบัติงาน การสร้างสัมพันธภาพ ภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเอง ให้ข้อเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ อายุ เพศ ผู้แทนชอบธรรมในการดูแล โรคที่เป็นสาเหตุการนอน ICU โรคร่วมของผู้ป่วย และการใช้ยาลดกรด ยา สเตียรอยด์ และยานอนหลับ

2. แบบประเมินการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia: VAP) คือ ผู้ป่วยที่เกิดปัญหาปอดอักเสบหลังจากใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมง จำนวนครั้งการเกิด VAP และจำนวนวันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

3. แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Ration Scales) คือ ทุกครั้ง บ่อย นานๆ ครั้ง น้อยที่สุด และไม่ปฏิบัติ

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน (Likert Ration Scales) 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาค่าความตรง (validity) ของเครื่องมือ

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. แบบประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ

เครื่องมือทั้ง 3 ชนิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านได้แก่ อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน และพยาบาลด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา ซึ่งได้ค่า CVI เท่ากับ 0.91, 0.85 และ 0.89 ตามลำดับ

การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ

1. แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ

เครื่องมือทั้ง 2 ชนิด นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 15 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งต้องได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 และ 0.87 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันเกิดภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และผลจากการประเมินการปฏิบัติตามมาตรการเดิมที่กำหนดไว้ จึงมีการพัฒนาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติม เพื่อลดการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อพิจารณาข้อคำนึงถึงทางจริยธรรมเมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรคโลก

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม คือกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนใช้แนวทางที่ปรับปรุงใหม่ รวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ผู้แทนชอบธรรมในการดูแลโรคที่เป็นสาเหตุการนอน ICU โรคร่วมของผู้ป่วย และการใช้ยาลดกรด ยาสเตียรอยด์ และยานอนหลับ จากนั้นให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามปกติรูปแบบเดิม (routine) เมื่อผู้ป่วยได้รับการถอดเครื่องช่วยหายใจ ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ จำนวนครั้งของการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated pneumonia: VAP) จำนวนวันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่เข้ารับการ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

รักษาที่หอผู้ป่วยหนัก ในเดือนธันวาคม ๒๕๖๔ ถึง มกราคม ๒๕๖๕ จนครบจำนวน ๓๐ คน ระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย หัวหน้าหน่วยงานทำการสังเกตประเมินพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยถึงการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 88 ครั้ง

4. ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่ได้พัฒนาขึ้นตามส่วนขาดประกอบด้วย WHAPO มาชี้แจงถึงการปฏิบัติแต่พยาบาลที่หอผู้ป่วยหนัก เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในการนำแนวทางสู่การปฏิบัติ

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองคือกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่พยาบาลนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบไปใช้ในการดูแล รวบรวมข้อมูลพื้นฐาน เมื่อผู้ป่วยได้รับการถอดเครื่องช่วยหายใจ ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก คือ จำนวนครั้งของการเกิด VAP จำนวนวันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจก่อนเกิด VAP ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2565 จำนวน 30 คนระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ให้หัวหน้าหน่วยงานทำการสังเกตประเมินการปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 90 ครั้ง และเมื่อสิ้นสุดโครงการให้พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 10 คน ประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาลตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ ดังนี้

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square)

6.2 เปรียบเทียบอัตราการเกิด VAP (ครั้งต่อ1,000วันใช้เครื่องช่วยหายใจ) ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งการเกิด VAP ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) และเปรียบเทียบจำนวนวันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

6.3วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ได้ทดสอบการกระจายของคะแนนในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Z พบว่าคะแนนมีการกระจายแบบโค้งปกติ ($p>0.05$)

6.4 วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5 ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเพศชายร้อยละ 43.3 เพศหญิงร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ย 64.3 ปี อายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 40.0 ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรร้อยละ 63.3 สาเหตุการนอน ICU คือ Respiratory failure ร้อยละ 40.0 ร้อยละ 91.6 ผู้ป่วยมีโรคร่วมเป็นกลุ่มโรคประจำตัว ซึ่งข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

5.2 เปรียบเทียบจำนวนการเกิด VAP ค่าเฉลี่ยวันใส่เครื่องช่วยหายใจ และอัตราการเกิด VAP หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมเกิด VAP จำนวน 6 ครั้ง กลุ่มทดลอง 1 ครั้ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ใส่เครื่องช่วยหายใจกลุ่มทดลอง 4.23 วัน น้อยกว่ากลุ่มควบคุม 7.11 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยอัตราการเกิด VAP ในกลุ่มทดลอง 7.93 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม 28.16 ครั้งต่อ 1,000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ

5.3 คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มควบคุม ($x=3.46$, $S.D=0.26$) น้อยกว่ากลุ่มทดลอง ($x=4.76$, $S.D=0.19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติการพยาบาลรายด้านพบว่า ด้านการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (weaning) การป้องกันการสำลัก (aspiration precaution) การป้องกันการปนเปื้อน (precaution contamination) และการทำความสะอาดช่องปากและฟัน (oral care) ในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลด้านการล้างมือ (hand hygiene) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน

5.4 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติใช้ง่าย และสะดวกในการทำงานมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($x=4.90$, $S.D=0.31$) รองลงมาคือ แนวปฏิบัติฯมีประโยชน์ในการช่วยป้องกันการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ความพึงพอใจโดยรวม และจำนวนกิจกรรมในแนวปฏิบัติฯมีความเหมาะสม ส่วนเวลาสำหรับปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯมีความเหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($x=4.80$, $S.D=0.46$)

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้การเกิด VAP และระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจลดลง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทาง มีความพึงพอใจต่อการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติการพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6. การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้การเกิด VAP และระยะเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจลดลง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทาง มีความพึงพอใจต่อการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นมีข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ควรนำการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบไปใช้เพื่อลดการเกิด VAP

2. ผู้บริหารการพยาบาลควรจัดการปัจจัยที่มีผลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ ด้วยการสร้างความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก ปรับรูปแบบการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับสภาพการทำงานจริง สนับสนุนอุปกรณ์ และมีการนิเทศประเมินผลที่สร้างสรรค์

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหนักต้องใช้ความสามารถทางการพยาบาลในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีความยุ่งยากในการดำเนินงานวิจัยดังนี้

- การพยาบาลผู้ป่วยหนักที่ใส่เครื่องช่วยหายใจต้องให้การดูแลแบบเฉาะทางแก่ผู้ป่วย และดูแลญาติโดยชอบธรรม ครอบครัวผู้ป่วยร่วมด้วย ในการสื่อสารให้ข้อมูลการปฏิบัติทางการพยาบาล ภายใต้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีของพยาบาล กับผู้ป่วยและครอบครัว

- พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การนำไปปฏิบัติจริงตามแนวคิด WHAPO ร่วมกับใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าการปฏิบัติต้องใช้ทักษะซึ่งมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ในการนำไปใช้ คือ ต้องปฏิบัติภายใต้องค์ความรู้ ความตระหนักของการดูแลทางการพยาบาล รวมถึงการประเมินผลการปฏิบัติภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเอง ให้ข้อเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์ ที่ต้องมีการนิเทศหน้างานอย่างสม่ำเสมอ

-ความต้องการเวลาในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนักไปใช้ ซึ่งจำเป็นต้องให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสม ในทุกขั้นตอนทั้งการประเมิน(assessment) ปฏิบัติการพยาบาล (intervention) ประเมินผลลัพธ์ และบันทึกการพยาบาล เพื่อสื่อสารการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

การศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยหนักที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในบริบทของหอผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีผู้ป่วยจำนวนจำกัด การศึกษาวิจัย เพื่อดำเนินการตามกระบวนการทางวิจัยที่ทำให้งานมีความน่าเชื่อถือ เพียงพอ ในวิธีการศึกษาแบบกึ่งทดลอง สองกลุ่ม ที่มีกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มตัวอย่างจะมีข้อจำกัดในขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การศึกษา

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนัก ที่มีเพียงหอผู้ป่วยเดียว ทำให้การศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบของการปฏิบัติตามการดูแลแบบปกติ กับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ เนื่องด้วยบริบทของโรงพยาบาลชุมชนผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ จะได้รับการดูแลที่หอผู้ป่วยหนักเพียงที่เดียวเท่านั้น

9. ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในด้านการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีคะแนนต่ำที่สุดในทุกด้าน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ จะเริ่มกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจเมื่อแพทย์พิจารณาและมีคำสั่งการรักษาให้หย่าเครื่องช่วยหายใจเท่านั้น

ดังนั้นควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแล เพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลก ที่ชัดเจน จะทำให้แก้ปัญหาการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ไม่สำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ

10. การเผยแพร่ผลงาน

งานวิจัยเรื่อง ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลก ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ประจำปีงบประมาณ 2565 Sukhothai New Normal ในวันที่ 8 เมษายน 2565 ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ได้รับรางวัล ระดับดีมาก ประเภทงานประจำสู่งานวิจัย Routine 2 Research

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1. นางสาวศุภหทัย โตเพชร สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวศุภหทัย โตเพชร) ผู้ขอประเมิน

วันที่ 10 พฤษภาคม 2565

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายวิชัย วนรัตน์วิจิตร)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรคโลก

วันที่ 10 พฤษภาคม 2565

(ลงชื่อ) .....

(นายปองพล วรปาณิ)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

วันที่ 19 พ.ค. 2565

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลก

2. หลักการและเหตุผล

ภาวะการหายใจล้มเหลวเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของระบบหายใจโดยตรงหรือปัญหาที่เกิดจากระบบอื่นๆ ที่ส่งผลต่อระบบหายใจ แม้ว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วย แต่ต้องพยายามลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วที่สุด เนื่องจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว จนถึงเสียชีวิตได้ (Kwong, Colopy, Weber, Ercole& Bergmann, 2019) ทางด้านร่างกายเช่น ทำให้ถุงลมแตก มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ(Ventilator Associated Pneumonia: VAP)ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจพบว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขมบาย ทุกข์ทรมาน เกิดความกลัว วิตกกังวลและเครียด ตลอดจนการสื่อสารลำบาก ไม่สามารถระบุความต้องการของตนเองได้ (Chen, Jacobs, Quan, Figueredo& Davis, 2011) นอกจากนี้การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานทำให้เพิ่มจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Kwong et al., 2019) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว เมื่อได้รับการแก้ไขสามเหตุที่ทำให้ใส่เครื่องช่วยหายใจจนอาการดีขึ้นแล้ว เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือการเข้าสู่กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดเครื่องช่วยหายใจตามลำดับ โดยการประเมินความพร้อมและเตรียมผู้ป่วยเพื่อเริ่มเข้าสู่กระบวนหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วยโดยเร็ว

การช่วยเหลือผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะต้องอาศัยองค์ความรู้ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตประจำวันตามเดิมได้ การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่สำคัญที่สุดของการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวจากสาเหตุต่าง ๆ และเป็นปัญหาทางคลินิกที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและทีมการดูแล การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็น กระบวนการที่มีการใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่นการหย่าแบบเฉียบพลัน การหย่าแบบค่อยเป็นค่อยไป การทดสอบการหายใจเองโดยการทดลองถอดท่อช่วยหายใจให้ผู้ป่วยหายใจเอง ซึ่งไม่สามารถสรุปได้ว่าวิธีใดดีที่สุด เพราะมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องทั้งปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย โรคและพยาธิสภาพของผู้ป่วย ปัจจัยภายนอก ในด้านความชำนาญของบุคลากรผู้ดูแล การดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นองค์รวม และการปฏิบัติที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจล้มเหลวได้ ซึ่งกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วยกับผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานขึ้น

การหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลจะต้องมีกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสม โดยมีแผนการปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มคุณภาพในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ

หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เป็นหอผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง ระดับ M2 มีการก่อตั้งและเปิดทำการมาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยหนักในเขตอำเภอสวรรคโลกมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 6 เตียง จากสถิติปีพ.ศ. 2562-2564 มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน และ รายตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลกของผู้วิจัยพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในด้านการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีคะแนนต่ำที่สุด (ศุภหทัย โตเพชร, 2565) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ จะเริ่มกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจเมื่อแพทย์พิจารณาและมีคำสั่งการรักษาให้หย่าเครื่องช่วยหายใจเท่านั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติงานทำตามประสบการณ์ พยาบาลจบใหม่มีประสบการณ์น้อยในการประเมินผู้ป่วย ทำให้มีการปฏิบัติที่หลากหลายผู้ป่วยยังไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจไปในทางเดียวกันและมีการใช้รูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจหลายวิธีเป็นไปตามความยากง่ายในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งทีมการพยาบาลได้จัดทำแบบฟอร์มในการเตรียมความพร้อม และดูแลผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจตามระยะ เพื่อใช้ในการปฏิบัติและติดตามอาการผู้ป่วยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ แต่ไม่ได้กำหนดเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกการหย่าเครื่องช่วยหายใจไว้อย่างชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวปฏิบัติหรือรูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่มีการปรับและนำไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานทำให้ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นเช่น การศึกษาของอมรรัตน์ จำนงภักดิ์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2563) พัฒนาโปรแกรมหย่าเครื่องช่วยหายใจ ใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ การให้การพยาบาล แนวทางการสื่อสาร และทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ระยะเวลาหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ สำหรับบริบทหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลกใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดที่ควบคุมด้วยปริมาตรทั้งหมด (volume ventilator) ปี 2564 พบอัตราการถอดช่วยหายใจสำเร็จเพียงร้อยละ 36.34 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ พบว่าพยาบาลขาดทักษะในการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การประเมินและการปฏิบัติของพยาบาลขึ้นกับทักษะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจึงทำให้การปฏิบัติไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การปฏิบัติขึ้นกับการตัดสินใจของแพทย์เท่านั้น

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลกขึ้นเนื่องด้วยการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นกระบวนการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และเป็นความท้าทายของพยาบาล จากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงต้องมีความรู้ ความชำนาญ สามารถประเมินและเตรียมความพร้อมสำหรับหย่าเครื่องช่วยหายใจ และให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้กระบวนการหย่า

เครื่องช่วยหายใจประสบความสำเร็จซึ่งการพัฒนารูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยในด้านความปลอดภัย คือ ลดระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ สามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลก

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากความสำคัญเนื่องด้วยผู้ป่วยวิกฤติของโรงพยาบาลสวรรคโลก ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก ปีงบประมาณ 2562 - 2564 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี คือ 274, 289และ301 ราย ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจำนวน 142, 176 และ196 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.8, 60.8 และ 65.1 ตามลำดับ โดยในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ(Ventilator Associated Pneumonia; VAP) ปี 2561-2564 เท่ากับ 19.64, 16.12, 9.43 และ 13.7ต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มยังไม่ลดลง (งานป้องกันและควบคุมการคิดเชื้อในโรงพยาบาลสวรรคโลก, 2564) จากผลงานวิจัยที่ผู้ศึกษาถึงผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสวรรคโลกพบว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในด้านการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning) อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}$=2.77, S.D=0.56)ส่วนกลุ่มทดลองภายหลังให้การพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางในด้านการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning) อยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}$=4.60, S.D=0.49) แต่ยังมีคะแนนต่ำที่สุดในทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการล้างมือ (Hand hygiene)ด้านการป้องกันการสำลัก(Aspiration precaution) ด้านการปนเปื้อน(Precaution contamination)และด้านการทำความสะอาดช่องปากและฟัน(Oral care)ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามาตรการการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการป้องกันการเกิดVAP ยังมีปฏิบัติที่ไม่ครบถ้วน ประกอบกับใน

แนวคิด /ทฤษฎี

ข้อเสนอแนวคิดวิธีการเพื่อพัฒนางานปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหายใจล้มเหลวหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลกในครั้งนี้นั้น ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิด ทฤษฎี เพื่อนำมาเป็นกรอบข้อเสนอ ใน 3 ส่วนดังนี้

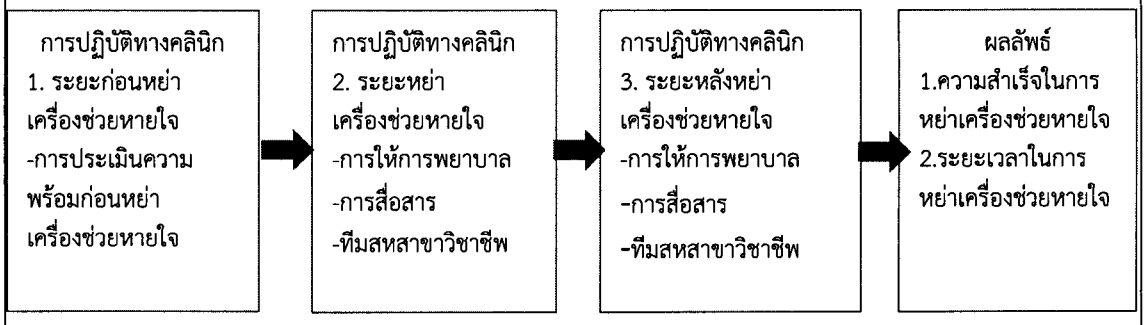
1. เกณฑ์วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจหลักการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การถอดท่อช่วยหายใจถือเป็นคนละขั้นตอนกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ อย่างไรก็ตาม ในบางครั้ง weaning protocol มักจะรวมการถอดท่อช่วยหายใจเข้าไปใน protocol (ปัญญา เถื่อนด้วง นาตยา คำสว่าง และรัฐภูมิ ชามพูนุช, 2558)

2. กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ของสมาคมพยาบาลภาวะวิกฤติสหรัฐอเมริกา (The American Association of Critical-Care Nurses :AACN, 1998) ซึ่งแบ่งกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Pre-weaning phase) ระยะการหย่าเครื่องช่วยหายใจ(Weaning phase) ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ(Post-weaning phase/weaning outcome)

3. องค์ประกอบของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (อมรรัตน์ จำนงภักดิ์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2563) การประเมินสถานการณ์ความพร้อมก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ การให้การพยาบาล แนวทางการสื่อสาร และทีมสหสาขาวิชาชีพ

สรุปการนำแนวคิดทฤษฎีมาใช้

เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสวรรคโลก ที่มีความชัดเจนจึงใช้แนวคิดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจของสมาคมพยาบาลภาวะวิกฤติสหรัฐอเมริกา (AACN, 1998) ซึ่งแบ่งกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็น 3 ระยะคือ 1)ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Pre-weaning phase) 2)ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning phase) และ 3)ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Post-weaning phase/weaning outcome) ร่วมกับแนวคิดการปฏิบัติทางคลินิกคือ เกณฑ์วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (ปัญญา เถื่อนด้วง นาตยา คำสว่าง และรัฐภูมิ ชามพูนุช, 2558) และใช้องค์ประกอบของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (อมรรัตน์ จำนงภักดิ์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2563)ร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแล ดังนี้



ข้อเสนอ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ การหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก ร่วมกับการทบทวนแนวคิดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจของสมาคมพยาบาลภาวะวิกฤติสหรัฐอเมริกา (AACN, 1998)ผู้ศึกษาจึงขอนำเสนอการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหายใจล้มเหลวหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลกภายใต้บริบทของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน โดยใช้แนวคิดการหย่าเครื่องช่วยหายใจร่วมกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาและประเมินปัญหาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

1. การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ทบทวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลกประชุมทีมการดูแลผู้ป่วย (PCT) อายุรกรรมร่วมทบทวนการดูแลผู้ป่วยหายใจล้มเหลว ที่ต้องหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้เห็นสภาพปัญหา ที่มีความหลากหลายในการปฏิบัติ ร่วมกำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยเปรียบเทียบกับแนวคิดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจของสมาคมพยาบาลภาวะวิกฤติสหรัฐอเมริกา (AACN, 1998) และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประสานความร่วมมือในการดูแลร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ญาติ ครอบครัวผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนเชื่อมโยงปัญหาการหย่าเครื่องช่วยหายใจกับการปฏิบัติทางคลินิก

1. การเตรียมความพร้อมทีมการดูแลผู้ป่วยหายใจล้มเหลว ที่วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผู้ศึกษาและทีมการดูแลผู้ป่วยร่วมวางรูปแบบการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยหนัก

2. ผู้ศึกษาเสนอประเด็น ความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยหนักโดยเป็นผู้นำในการทบทวนองค์ความรู้ในเรื่องกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจของสมาคมพยาบาลภาวะวิกฤติสหรัฐอเมริกา (AACN, 1998) และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระหว่างและหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จากการบูรณาการความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน VAP จากที่ผู้ศึกษาทำวิจัยเรื่อง ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลก

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดรูปแบบการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหายใจล้มเหลว

ประชุมชี้แจงการใช้รูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล หอผู้ป่วยหนัก นักกายภาพบำบัด ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยสร้างความเข้าใจร่วมกัน พัฒนาความรู้ และฝึกทักษะการปฏิบัติ มีกิจกรรมในการดำเนินงาน คือ

1. การกำหนดรูปแบบการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหายใจล้มเหลว หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรคโลก นำรูปแบบที่เกิดจากการวางแผนร่วมกันไปใช้ ชี้แจงให้พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักรับรู้ และนำรูปแบบไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน ดังนี้

1.1 การปฏิบัติทางคลินิกระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ

-พยาบาลเตรียมความพร้อม และประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจของผู้ป่วย

-สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวช่วยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยการสนับสนุนด้านอารมณ์

-ประสานงานกับแพทย์เมื่อพบว่าสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวยังไม่ได้รับการแก้ไข และร่วมวางแผนการหย่าเครื่องช่วยหายใจกับแพทย์ผู้ทำการรักษา

-ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แนะนำสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติขณะได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ การฝึกไอ การฝึกหายใจ ได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยด้วยการบริหารการหายใจ

1.2 การปฏิบัติทางคลินิกระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ

-วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจร่วมกับแพทย์ผู้ดูแล โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเกี่ยวกับวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

-หย่าเครื่องช่วยหายใจตามรูปแบบการฝึกหายใจเอง ใช้วิธี intermittent P-piece trail สลับกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ mode CPAP with PS and PEEP

-ครอบครัวให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ร่วมประเมินขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ

-พยาบาลประเมิน Rapid Shallow Breathing Index, RSBI และภาวะจิตสังคม

-ติดตามและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจประเมินทุก 5 นาที 2 ครั้ง และทุก 10 นาที 2 ครั้ง ใน 30 นาที

- ประเมินเป็นเวลา 2 ชั่วโมง หากผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ

- ประเมินลมรั่วผ่านทางหลอดลม (Cuff leaktest) ก่อนถอดท่อช่วยหายใจ

- หากไม่ผ่านเพียง 1 ข้อให้ยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และกลับไป on setting เดิมก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ

-ประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจเองต่อ และ/หรือยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

-ประสานงานกับแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุและแก้ไขปัจจัยที่ทำให้เกิดความล้มเหลวในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

-ให้การดูแลประคับประคองด้านอารมณ์ ได้แก่ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยการหายใจแบบลึก และส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยการฝึกบริหารการหายใจ ให้มีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง

- ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ประสานงานกับแพทย์ร่วมกันและแก้ไขสาเหตุ จนอาการดีขึ้น

-ประเมินและเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจใหม่

-การเฝ้าระวังระหว่างการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อป้องกันเสมหะอุดตันท่อทางเดินหายใจ

-ประสานงานนักกายภาพบำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ Deep Breathing Exercise และการไออย่างมีประสิทธิภาพ

- ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ และภาวะโภชนาการให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร น้ำอย่างเพียงพอ

- พยาบาลดูแลจัดสิ่งแวดล้อม ให้ลดเสียงรบกวนในเวรบ่าย และดึกเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

-ให้การดูแล Oral Care hygiene ตามแนวทางปฏิบัติในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้วิจัย (ศุภหทัย โตเพชร, 2565) ที่มีการปรับโดยแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสม Fluoride ด้านใน ด้านนอกและลิ้น ใช้เวลา 3-4 นาทีให้สะอาด ปฏิบัติทุกเวรวันละ 3 ครั้ง และใช้ 0.12 % Chlorhexidinegluconateเช็ดทำความสะอาดช่องปากบริเวณเหงือก ฟัน ลิ้น เพดานให้สะอาดหลังการแปรงฟัน

1.3 การปฏิบัติทางคลินิกระยะหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ

-ประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ ดังนี้หายใจได้ดี ติดต่ออย่างน้อย 2-4 ชั่วโมงมีแรงไอได้ดีความถี่ในการดูดเสมหะ น้อยกว่า 2 ครั้งใน 2 ชั่วโมงประเมิน cuff test เพื่อประกอบการตัดสินใจ

- เมื่อแพทย์พิจารณาตัดสินให้ถอดท่อช่วยหายใจ ให้การดูแลภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ

- ประเมินผลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

-ดำเนินตามข้อปฏิบัติก่อนถอดท่อช่วยหายใจNPO อย่างน้อย 4 ชั่วโมงดูดเสมหะใน ETT และช่องปากให้หมดก่อนถอดท่อช่วยหายใจพ่นยาขยายหลอดลม 15 นาทีก่อนถอดท่อช่วยหายใจเตรียม O2 mask with neubulizerให้พร้อมจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ถอดท่อช่วยหายใจออกในขณะที่ผู้ป่วยกำลังหายใจเข้าสังเกตอาการ Vital signs อย่างใกล้ชิด ในนาทีที่ 5, 15, 30 นาทีและ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นทุก 2-4 ชั่วโมงประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด O2 Saturation ทุก 1 ชั่วโมง 24 ชั่วโมงแรก NPO ต่ออย่างน้อย 4 ชั่วโมง

-ดูแลให้ได้รับออกซิเจนเสริมทางท่อช่วยหายใจ ภายหลังเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ

-พยาบาลเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหลังหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ

-ครอบครัวให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ต่อเนื่องหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนด บูรณาการการปฏิบัติเข้าสู่การดูแลผู้ป่วยประจำวัน

1. การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหายใจล้มเหลวหอผู้ป่วยหนัก เริ่มต้นการปฏิบัติในเวรเช้า เนื่องด้วยมีความพร้อมของทีมสหสาขาอย่างครบถ้วน

2. ใช้แบบประเมิน Weaning Protocol เพื่อประเมินในแต่ละระยะของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งบันทึกผลการประเมินไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

3. พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนด รายละเอียดตามขั้นตอนที่ 3 ซึ่งได้กำหนด Flow Chartการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหายใจล้มเหลว

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลรูปแบบการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหายใจล้มเหลว

เมื่อผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้มากกว่า 48 ชั่วโมง พยาบาล ICWN ของหอผู้ป่วยหนัก ทำการประเมิน ประเมินผลลัพธ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ป่วยหายใจล้มเหลวรายบุคคลด้วยการติดตามดังนี้

1. ติดตามระยะเวลาที่ใช้เป็นชั่วโมงในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ระยะเวลาที่ป่วยระบบหายใจล้มเหลวเริ่มมีการหย่าเครื่องช่วยหายใจจนกระทั่งสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ มากกว่า 48 ชั่วโมงโดยนับเป็นจำนวนชั่วโมง

2. ประเมินความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หมายถึง การที่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ สำเร็จ มากกว่า48 ชั่วโมง และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้

3. ประเมินความพึงพอใจ และความเชื่อมั่นในการดูแลรักษาจากผู้ป่วย หรือญาติ

4. ประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหายใจล้มเหลว ที่ได้กำหนดไว้

4. ผลที่คาดว่าได้รับ

1. ผู้ป่วยหายใจล้มเหลว ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ

2. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ และความเชื่อมั่นในการดูแลรักษา

3. พยาบาลหอผู้ป่วยหนักมีการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหายใจล้มเหลวที่เป็นไปตามหลักวิชาการ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยหายใจล้มเหลว มากกว่าร้อยละ 80
2. ระยะเวลา(ชั่วโมง) ที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจลดลงจากเดิมร้อยละ 20
3. ความพึงพอใจ และความเชื่อมั่นในการดูแลรักษาของผู้ป่วยและญาติ มากกว่าร้อยละ 85

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้ดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... (ผู้ขอรับการคัดเลือก)

(นางสาวศุภหทัย โตเพชร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการ

วันที่ 10 เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2565

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ - ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย พฤษภาคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2566
- ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล มิถุนายน 2565 – สิงหาคม 2565

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (Blood Pressure) เป็นแรงดันเลือดบริเวณผนังของหลอดเลือดแดงเกิดจากหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว เพื่อสูบฉีดเลือดแดงที่มีออกซิเจนไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทางหลอดเลือดแดงใหญ่ หลอดเลือดแดงเล็ก รวมไปถึงหลอดเลือดแดงฝอย ส่งต่อไปสู่ระบบหลอดเลือดดำเล็กและหลอดเลือดดำใหญ่ จากนั้นนำกลับไปยังหัวใจห้องบนขวา ก่อนที่จะเริ่มสูบฉีดเลือดใหม่อีกครั้งต่อไป โดยในแต่ละครั้งที่หัวใจมีการบีบตัวและคลายตัว ทำให้เกิดค่าความดันโลหิต 2 ค่า ดังนี้

1. ค่าความดันสูงสุดในหลอดเลือดแดงขณะหัวใจบีบตัว หรือค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure: SBP) เป็นค่าของแรงดันเลือดสูงสุดขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายเกิดการหดตัวเพื่อบีบให้เลือดแดงออกมาตามเส้นเลือดแดง แล้วนำเลือดแดงไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ทั่วร่างกาย โดยความดันโลหิตตัวบนมีค่าปกติอยู่ระหว่าง 110-120 มิลลิเมตรปรอท

2. ค่าความดันต่ำในหลอดเลือดแดงขณะหัวใจคลายตัว หรือค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure: DBP) เป็นค่าของแรงดันเลือดต่ำสุดขณะที่หัวใจมีการคลายตัวเพื่อรับเลือดดำที่ส่งกลับมาจากอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย โดยค่าความดันโลหิตตัวล่างมีค่าปกติอยู่ระหว่าง 60-80 มิลลิเมตรปรอท

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมอง เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงแสดงอยู่มากกว่า 24 ชั่วโมง หรือทำให้

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

1. โรคหลอดเลือดสมอง เกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยจะแตกต่างกันไปตามชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถแบ่งได้ 3 ประเภท ได้แก่

1.1 Ischemic Stroke เป็น “ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน” หรือ “ภาวะสมองขาดเลือด” พบได้ประมาณ 80% ของโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจากการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดจากการสะสมของคราบไขมัน หินปูน ที่ผนังหลอดเลือดชั้นในจนหนาบูน แข็ง ขาดความยืดหยุ่น ทำให้รูของหลอดเลือดค่อยๆ ตีบแคบลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการลำเลียงเลือดลดลง

หรืออาจเกิดจากลิ่มเลือดจากหัวใจ หรือการปริแตกของผนังหลอดเลือดหลุดมาอุดตันหลอดเลือดในสมอง

1.2 Hemorrhagic Stroke เป็น "ภาวะหลอดเลือดสมองแตก" หรือ "ภาวะเลือดออกในสมอง" ส่งผลให้เซลล์สมองได้รับบาดเจ็บจากการมีเลือดคั่งในเนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองตายมักพบในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดมีความเปราะและโป่งพอง และสาเหตุอื่น ๆ ที่พบได้ เช่น ภาวะโป่งพองของหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น โรคเลือด โรคตับ การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การได้รับสารพิษ การใช้สารเสพติด เป็นต้น

1.3 Transient ischemic attack (TIA) เป็น "ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว" มีอาการคล้ายโรคสมองขาดเลือด แต่มีอาการชั่วคราวมักเป็นไม่เกิน 24 ชั่วโมง ประมาณ 15% ของผู้ป่วยที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว จะมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตามมาจึงถือเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เพราะมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้

แนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. พฤติกรรมการรับประทานยา เมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเป็นส่วนใหญ่ แม้การรับประทานยาลดความดันโลหิตจะไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคแต่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่า 105 มิลลิเมตรปรอท จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและมีอาการแทรกซ้อนทางหัวใจ สมอง และไต ได้มากขึ้น ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะทำให้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดน้อยลง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายจึงควรปฏิบัติตนในด้านใช้ยาเพื่อลดระดับความดันโลหิตอย่างเหมาะสม

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บริโภคอาหารไม่เหมาะสมมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 18.3 เท่า เนื่องจากอาหารรสเค็มมีโซเดียมสูงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงซึ่งมีคอเลสเตอรอลเป็นองค์ประกอบจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีความเสียงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 17.8 เท่า การขาดการออกกำลังกายจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีโรคอ้วนและเกิดความเคลียด ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ บุคคลที่ออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือ 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

4. พฤติกรรมการจัดการความเครียด ความเครียดเรื้อรัง การแยกตัวออกจากสังคม และความวิตกกังวล สามารถเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการกับความเครียด จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เนื่องจากความเครียดมีผลต่อไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติค ซึ่งจะกระตุ้นอิพิเนฟริน (Epinephine) จากต่อมหมวก

ไตมีผลต่อการหดรัดตัวของหลอดเลือด มีผลเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ และเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และความเครียดกระตุ้นให้มีการดูดกลับของโซเดียม เพิ่มปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนมีผลเพิ่มความดันโลหิตได้

5. พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนักตัว

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต (Cerebrovascular Disease Stroke) หมายถึง ภาวะที่สมองถูกรบกวนหน้าที่การทำงานแบบบางส่วนหรือทั้งหมดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอาการคงอยู่มากกว่า24 ชั่วโมง (WHO,2011) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรงและมีอัตราตายสูงกรณีไม่เสียชีวิตจะก่อให้เกิดความพิการได้มากทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นภาระของครอบครัวและสังคม (สถาบันประสาทวิทยา, 2557) ในปี 2563 ที่ผ่านมาทั่วโลกพบมีผู้ป่วย 13.7 ล้านคน โดย 1 ใน 4 มีอายุ 25 ปีขึ้นไป เสียชีวิต 5.5 ล้านคน และมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 6.7 ล้านคนต่อปี ส่วนประเทศไทยในปี 2562 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 34,728 คน เพศชาย 20,034 คน และเพศหญิง 14,694 คน (กรมควบคุมโรค, 2564) สำหรับจังหวัดสุโขทัย มีอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2562-2564 ร้อยละ 10.38 , 10.00, 12.46 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ อำเภอศรีนคร พบว่า ในปี 2561-2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 39, 39, 47, 51 คน ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูลโรคร่วม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมากที่สุด ร้อยละ 21.43 โดยอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรของอำเภอศรีนคร ปี 2562-2565 คือ 1,147.32 , 734.87 , 919.07 , 717.63 ตามลำดับ

จากสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองที่มีแนวโน้มสูงขึ้นดังกล่าวได้มีการหาแนวทางเพื่อลดอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วเพื่อให้ได้ยาละลายลิ่มเลือดกระบวนการสร้างการรับรู้ สร้างความตระหนักเพื่อให้เกิดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่าง ๆ ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดระบบและกระทำพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุผลการปฏิบัติตามแบบที่กำหนดไว้ ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นตัวกำหนดที่สำคัญตัวหนึ่งของมนุษย์ แม้ว่าความรู้และทักษะจะเป็นสิ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติให้บรรลุผล แต่ก็ยังไม่เพียงพอ เพราะบุคคลมักจะไม่ปฏิบัติให้ดีที่สุด แม้เขาจะรู้ดีว่าต้องทำอะไรบ้าง ถ้าเขาไม่เชื่อว่าตนมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำ ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนจะ แสดงออกแตกต่างกันถ้ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน (Bandura, 1986) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

โดยได้นำแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรามาประยุกต์ใช้ประกอบด้วย สมุดบันทึกพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องนับก้าว ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองต่ำกว่าหลังทดลอง ในทุกด้าน พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองหลังการทดลองโดยรวม ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและการปรับพฤติกรรมอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม (หนึ่งฤทัย สิงห์ทา, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน หรือการทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้ มีความมั่นใจในการความสามารถของตนเองและเห็นคุณค่าในการดูแลสุขภาพจนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นได้ และจากการศึกษาต่าง ๆ ที่ได้นำแนวคิดมาใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ในการสร้างโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยต้องการศึกษาผลของผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

4.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำผลของโปรแกรมไปใช้พัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

4.4 ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ ศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 60 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย พฤษภาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล มิถุนายน 2565 ถึง สิงหาคม 2565

โดยได้นำแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรามาประยุกต์ใช้ประกอบด้วย สมุดบันทึกพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องนับก้าว ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองต่ำกว่าหลังทดลอง ในทุกด้าน พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองหลังการทดลองโดยรวม ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและการปรับพฤติกรรมอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม (หนึ่งฤทัย สิงห์ทา, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน หรือการทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้ มีความมั่นใจในการความสามารถของตนเองและเห็นคุณค่าในการดูแลสุขภาพจนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นได้ และจากการศึกษาต่าง ๆ ที่ได้นำแนวคิดมาใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ในการสร้างโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยต้องการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

4.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำผลของโปรแกรมไปใช้พัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

4.4 ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ ศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 60 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย พฤษภาคม 2565 ถึง กุมภาพันธ์ 2566

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล มิถุนายน 2565 ถึง สิงหาคม 2565

4.5 นิยามศัพท์

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว การงดสูบบุหรี่ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการกับอารมณ์ความเครียดและการรับประทานยาต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 35-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประเมินระดับความดันโลหิตแล้วพบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิค (Systolic blood pressure, SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิค (Diastolic blood pressure, DBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทและเข้ารับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอย่างมีแบบแผนให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของเบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) หมายถึง การจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มทดลองโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาเล่าประสบการณ์ จัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองปฏิบัติด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ลดการดื่มแอลกอฮอล์ ลดการสูบบุหรี่สำเร็จ เพื่อให้เกิดการประสบความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเองและเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้สำเร็จ และนำทักษะดังกล่าวไปใช้ต่อเนื่องที่บ้าน

การได้เห็นตัวแบบ (Modeling) หมายถึง การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มทดลองได้เห็นความประสบความสำเร็จของผู้อื่น จากการชมวีดีทัศน์ออกกำลังกาย และการเสนอตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) หมายถึง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มทดลอง ให้คำแนะนำรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยการชมเชย กระตุ้นให้กำลังใจกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เกิดแรงจูงใจในการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) หมายถึง การที่ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มทดลอง สนับสนุนให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองในการลดความเครียดด้วยการทำสมาธิ และเยี่ยมบ้านกระตุ้นเตือนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจในความสามารถของตนเอง จากการใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus group) เทคนิคในการรับรู้ การใช้ตัวแบบ และการเยี่ยมบ้าน ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว การงดสูบบุหรี่ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการกับอารมณ์ความเครียดและการรับประทานยาต่อเนื่อง

การได้รับคำแนะนำปกติ หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจพบแพทย์ วัดความดันโลหิตสูง ชั่งน้ำหนัก เจาะเลือดตรวจ และมาตรวจรับยาตามแพทย์นัด รับใบนัดตรวจพบแพทย์ครั้งต่อไป ให้ความรู้ตามปกติ แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนคร ตั้งแต่เดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2565

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดอำนาจในการทดสอบที่ .90 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และขนาดค่าอิทธิพล .80 (Cohen, 1992 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มละ 30 ราย รวม 60 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียนได้
3. มีสภาพร่างกายไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก

1. มีความพิการทางร่างกาย
2. ได้ประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน

เกณฑ์การถอดถอน

1. เมื่อเสียชีวิต
2. เมื่อผู้ป่วยต้องการยุติการเข้าร่วมการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลโดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ส่วนสูง ระดับเอวดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพหลัก โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นแบบให้เลือกตอบ ลักษณะคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ให้ผู้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้ ไม่มั่นใจเลย มั่นใจน้อย มั่นใจมาก (อรุณี ยศปัญญา, 2561)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วยกิจกรรมสนับสนุนสมรรถนะแห่งตน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ดำเนินการในสัปดาห์แรกของกลุ่มทดลองคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองโดยมีกิจกรรมให้ข้อมูลเป็นรายกลุ่มในกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ อาการเตือน ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม ร่วมสะท้อนความคิดในประเด็นต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองฝึกวิธีการบันทึกพฤติกรรมของตนเองลงบนสมุดคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค

กิจกรรมที่ 2 การใช้ตัวแบบ เป็นการดำเนินการในสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 2, 4 และ7 ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อยัง โดยผู้วิจัยเสนอตัวแบบบุคคลในด้านบวก โดยเชิญผู้ที่ประสบความสำเร็จที่อยู่ในกลุ่มทดลองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ และสาธิตวิธีการเลือกอาหาร 1 ส่วนของอาหารที่ควรบริโภคให้พลังงานเพียงพอกับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สาธิตการออกกำลังกายแบบต่าง ๆ ให้กลุ่มทดลองได้เลือกการออกกำลังกายของตนเองและให้กลุ่มทดลองปฏิบัติตามตัวแบบ

กิจกรรมที่ 3 การใช้คำพูดชักจูง เป็นการดำเนินการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้สมาชิกในกลุ่มทดลองเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของตนและให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันหาแนว

ทางแก้ไขปัญหา พร้อมให้กำลังใจ กล่าวคำชมเชยเมื่อกลุ่มทดลองสามารถตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางอารมณ์ เป็นการทำกิจกรรมในสัปดาห์แรกของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้พูดระบายความรู้สึก ฝึกทักษะการทำสมาธิ เพื่อลดความตึงเครียด ทบทวนทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนกลับไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านและเปิดโอกาสได้ซักถามข้อสงสัยและพูดคุย ดำเนินกิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยการออกเยี่ยมบ้าน สอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อทราบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้วิจัยออกเยี่ยมบ้าน จำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

2.2 สมุดบันทึกคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างสมุดคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเป็นแนวทางในการติดตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง ซึ่งในสมุดคู่มือประกอบด้วย เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหารในแต่ละวัน แบบบันทึกการออกกำลังกาย และแบบบันทึกการรับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อบันทึกพฤติกรรมของกลุ่มทดลองในแต่ละวัน ซึ่งเป็นวิธีที่ทำง่ายและปฏิบัติได้จริง ในท้ายที่สุดจะเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เขียนโครงร่างการวิจัย ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยแล้วผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย และใช้เครื่องมือวิจัยในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลโรงพยาบาลศรีนคร

3. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงโครงการวิจัยกับพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บข้อมูลวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

4. ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล เดือนมิถุนายน 2565 ถึงเดือนสิงหาคม 2565 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการให้การพยาบาลกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ ตามแนวทางการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง มาตรวจสอบความสมบูรณ์และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการให้โปรแกรมด้วย Independent t-test

3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้โปรแกรมด้วย paired t – test

4. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการให้โปรแกรมด้วย paired t – test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่การศึกษานี้กำหนดคือ 0.05

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการให้โปรแกรมด้วย Independent t-test

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้โปรแกรมด้วย paired t – test

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการให้โปรแกรมด้วย paired t – test

เชิงคุณภาพ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

นำผลการวิจัยไปใช้เพื่อสนับสนุนการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจเกิดขึ้นได้ในหลายปัจจัย และปัจจัยส่วนบุคคลในแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกันตามวิถีชีวิต ลักษณะความเป็นอยู่ และพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานาน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

-

9. ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วย ญาติ ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ ควรส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

-

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวเจียมใจ ทรัพย์เกิด สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวเจียมใจ ทรัพย์เกิด)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 16 / พฤษภาคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวเจียมใจ ทรัพย์เกิด	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายพงศธร เหลือหลาย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนคร

(วันที่) 16 / พฤษภาคม ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

(√) เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

( ) ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ) .....

(นายปองพล วรปาณิ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

(วันที่) ...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

2. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองมี 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) พบประมาณร้อยละ 75-80 และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) พบประมาณร้อยละ 20-25 (สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550) จัดเป็นโรคที่พบบ่อย มีอัตราการตายและทุพพลภาพสูง (สมบัติ มุ่งทวีพงษา, 2554) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาพลักษณ์ ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว บางรายจำเป็นต้องมี ผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแล โรคหลอดเลือดสมอง จึงจัดเป็นภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่ต้องมีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเป็นภาวะเร่งด่วนทางอายุรกรรม เช่นเดียวกับภาวะอื่น ๆ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือด โดยผู้ป่วยต้องสามารถเข้าถึงบริการอย่างสะดวก รวดเร็ว เช่น รับรู้ช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน 1669 ต้องได้รับการประเมินสภาพทันทีอย่างถูกต้องและรวดเร็ว เมื่อเข้ารับการรักษาตั้งแต่การซักประวัติที่ชัดเจน การประเมินอาการสัญญาณชีพ และความผิดปกติทางระบบประสาทและอื่น ๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับออกซิเจน คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อการวินิจฉัยอย่างแม่นยำและให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงที รวมทั้งให้การส่งต่ออย่างรวดเร็ว และปลอดภัยเพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่จำเป็นและการรักษาที่จำเพาะ

จากสถานการณ์ดังกล่าวมีการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพและมีการดำเนินการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเชิงรุกอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพทำอย่างต่อเนื่อง ทำให้อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง โดยการจัดกระบวนการในด้านการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้ข่าวสารความรู้ สร้างความตระหนัก จัดกระบวนการเรียนรู้เสริมการปฏิบัติเพิ่มค่านิยมในประชากรให้มีการลดบริโภคเกลือโซเดียมที่มีอยู่ในเครื่องปรุงรสและที่มีผสมอยู่ในอาหาร ร่วมกับการสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ การควบคุมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่งเสริมการออกกำลังกายที่ออกกำลังปานกลางสม่ำเสมอ สนับสนุนด้านเทคนิคการจัดการกับความเครียดให้ปฏิบัติทุกวัน จนทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม (ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ด้านโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร แห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2558 ซึ่งการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยนั้นถือเป็นสิ่งที่สำคัญ จากความรุนแรงข้างต้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัยเพื่อสร้างแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้การป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากผลงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และจากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลไม่ทราบว่าสมาชิกในครอบครัวมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระบบการดูแลผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน โดยการแจ้งผลการตรวจคัดกรองให้ผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม การนำผลการตรวจคัดกรองไปใช้ในการวางแผนให้บริการกลุ่มเสี่ยงตามระดับความเสี่ยง และการสนับสนุนการให้ความรู้ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนตามระดับความเสี่ยง การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชนไม่ครอบคลุม ไม่มี อสม. ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และชุมชนไม่ได้รับข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนทำให้การดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติการเข้าใจและรับรู้ถึงปัญหาความต้องการของผู้ป่วยตามความเป็นจริงจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ชัดเจนการบริการเชิงรุกในชุมชนที่ยังไม่ทั่วถึง การที่กลุ่มเสี่ยงเข้าไม่ถึงบริการและการขาดการต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งเสริมให้พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองลดลง

แนวคิด

จากผลการศึกษาวิจัยและบทวิเคราะห์ข้างต้น เพื่อเกิดแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย โดยใช้แนวทางวงจรเดมมิ่ง (The Deming Cycle) หรือวงล้อ PDCA แนวคิดซึ่งถูกคิดค้นโดย Dr. Edwards W. Deming ที่เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญสำหรับการวางแผนแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนมาใช้ในการพัฒนาแนวคิดให้ดีขึ้น

ข้อเสนอ

การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ได้ประยุกต์ใช้วงจรเดมมิ่ง (The Deming Cycle) หรือวงล้อ PDCA แนวคิดซึ่งถูกคิดค้นโดย Dr. Edwards W. Deming ที่เป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญสำหรับการวางแผนแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนมาใช้ในการพัฒนาแนวคิดให้ดีขึ้น ดังนี้

1) การพัฒนาแนวทางในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง เป็นการประชุมปรึกษาร่วมกันเพื่อกำหนดแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามระดับความเสี่ยง พร้อมทั้งพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองตามปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลที่พบ มีการติดตามประเมินภายหลังการให้ความรู้เป็นระยะตามระดับความเสี่ยงเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของตนเอง และมีความรู้ทักษะในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

2) การพัฒนาระบบการติดตาม ประเมินภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เป็นการประชุมจัดทำระบบการติดตามประเมินภาวะเสี่ยงตามระดับความเสี่ยง โดยเป็นการติดตามเยี่ยมภายหลังได้รับการตรวจคัดกรอง โดยกลุ่มเสี่ยงสูงมากจะได้รับการติดตามประเมินภาวะเสี่ยงซ้ำทุก 3 เดือนกลุ่มเสี่ยงสูง ทุก 6 เดือน และกลุ่มเสี่ยงปานกลาง เสี่ยงน้อยติดตามทุก 1 ปี

3) การพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นการจัดประชุมเพื่อจัดทำทะเบียนรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยแบ่งตามระดับความเสี่ยง เพื่อความสะดวกต่อการนำใช้ข้อมูลในการวางแผนดูแลผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้กับอสม. เพื่อให้ อสม. ได้รับทราบข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง และสามารถติดตามให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

4) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เป็นการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อสนับสนุนให้แกนนำชุมชนได้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน พร้อมทั้งมีการจัดทำคู่มือสำหรับ อสม. ในการติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ได้แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

4.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พึงพอใจต่อแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 60 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5.2 ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจอย่างน้อย ร้อยละ 80

5.3 ร้อยละกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 70

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวเจียมใจ ทรัพย์เกิด)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 16 / พฤษภาคม / 2565

ผู้ขอประเมิน